



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

SHARLENE GONÇALVES

**Tendências da produção do Curso de Serviço Social da UFSC sobre a saúde mental 1958
- 2005**

**DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO**

EM: 23/07/07


Rosana Maria Gato
Deplo de Serviço Social / CSE

Florianópolis
2007/1

SHARLENE GONÇALVES

**Tendências da produção do Curso de Serviço Social da UFSC sobre a saúde mental 1958
– 2005**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Vanessa Juliana da Silva Santos.

SHARLENE GONÇALVES

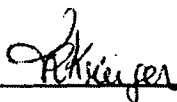
**Tendências da produção do Curso de Serviço Social da UFSC sobre saúde
mental 1958 - 2005**

**Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço
Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.**

Florianópolis, 23 de julho de 2007.



Profa. Ms. Vanessa Juliana da Silva Santos
Departamento de Serviço Social - UFSC
Orientadora



Profa. Dra. Tânia Regina Kruger
Departamento de Serviço Social - UFSC
1ª Examinadora



Profa. Luiza Maria Lorenzini Gerber
Departamento de Serviço Social - UFSC
2ª Examinadora

GONÇALVES, Sharlene. Tendências da produção do Curso de Serviço Social da UFSC sobre a saúde mental 1958 - 2005. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007, 56 F.

RESUMO

O presente trabalho trata da produção de conhecimento do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em relação à Saúde Mental, e tem como objetivo identificar as tendências desta produção, fazendo um estudo paralelo com os avanços conquistados através do processo de Reforma Psiquiátrica. Esta pesquisa é caracterizada como qualitativa, de caráter descritivo e foi realizada pelo método de análise documental. Teve como fonte de informação os Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC) de Serviço Social, produzidos desde a implantação deste na UFSC (1958) até 2006/1, no entanto, a amostra estudada foi de 14 TCC's, produzidos entre 1977 e 2005. O critério de escolha desta amostra foi o de analisar um TCC por ano, dentre os anos em que o tema "Saúde Mental" foi abordado; e nos anos que encontramos mais de um TCC no ano, escolhemos o que mostrou dar maior ênfase para os temas família e/ou reinserção social. A análise deste material foi realizada a partir de algumas categorias preestabelecidas, de acordo com o estudo prévio sobre Saúde Mental. Em paralelo a esta pesquisa foi realizado resgate da história da "loucura" e da evolução do Serviço Social enquanto profissão, bem como algumas discussões e definições sobre a produção de conhecimento em Serviço Social. Como resultado deste trabalho, percebemos que o Serviço Social e a Saúde Mental, percorreram um longo caminho de lutas sociais para chegar no modelo de assistência pública atual; neste caminho, a produção de conhecimento do Serviço Social mostrou-se de grande importância para propiciar a reflexão teórica, sobre as experiências de campo vivenciadas pelos profissionais, a fim de construir novas concepções e formas de atendimento ao portador de sofrimento mental. No entanto, estando diante de uma realidade onde a lógica capitalista visa apenas a produção de bens materiais, entendemos que a luta pela garantia dos direitos destes indivíduos deve continuar.

Palavras-chaves: Produção de conhecimento, saúde mental, família em saúde mental..

Sumário

Introdução	6
Capítulo I – Processos Históricos e Produção de Conhecimento	8
1 Síntese Histórica – Saúde Mental	8
1.1 A nova organização da Saúde Mental - os CAPS	13
1.2 A família e o Estado diante da desinstitucionalização	15
2 O Serviço Social na Saúde Mental	20
2.1 Trajetória do Serviço Social	22
2.2 Produção de Conhecimento em Serviço Social	27
Capítulo II - A produção de conhecimento do Serviço Social na área de Saúde mental.....	33
1 Aspectos teóricos da pesquisa.....	33
2 Fontes de Pesquisa e material encontrado	35
2.1 Definindo o Objeto de Estudo	36
3 Categorias de Análise.....	37
3.1 Instituições Pesquisadas	38
3.2 Metodologia de Pesquisa - instrumentos utilizados	39
3.3 Tema/ Objeto de Estudo.....	40
3.4 Conceitualização de Saúde Mental.....	42
3.5 Importância atribuída à família na saúde mental.....	44
3.6 Perspectiva teórica trabalhada	49
3.7 Sugestões apresentadas pelos autores.....	55
Considerações Finais	59
Referências	61

Introdução

O presente trabalho busca identificar as tendências da produção teórica do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sobre Saúde Mental. Para realizar esta análise, fez-se necessário um conhecimento prévio sobre a trajetória da Saúde Mental, sendo este tema comum entre os documentos a serem analisados; e sobre a trajetória do Serviço Social, enquanto profissão que produz conhecimento, a partir de seu referencial teórico-metodológico. Estes assuntos serão abordados no primeiro capítulo deste trabalho.

Para subsidiar a análise, no que diz respeito à Saúde Mental, buscamos apresentar, através de uma síntese, a história da “loucura”, explicitando como esta foi entendida e “tratada”¹ ao longo dos séculos, pela sociedade e pelo Estado; apresentamos também, o processo da reforma psiquiátrica e as principais conquistas alcançadas através deste. Ainda no que tange à Saúde Mental, discutimos sua relação com a família e o Estado, ressaltando sua importância no processo da reforma psiquiátrica.

A fim de enriquecer este trabalho buscamos, também, trazer respaldo teórico sobre as formas de produção de conhecimento e a importância da pesquisa em Serviço Social. No entanto, para melhor compreender estes aspectos, foi necessário também fazer um resgate histórico do Serviço Social, para compreender sua origem e desenvolvimento, enquanto categoria profissional que, para além da dimensão interventiva, também produz conhecimento.

Em paralelo a esta discussão teórica, desenvolvemos uma pesquisa documental nos trabalhos de Conclusão do Curso de Serviço Social da UFSC, a fim de identificar, através de algumas categorias de análise, os principais avanços das discussões sobre a Saúde Mental. Foram analisados os TCC's defendidos entre os anos de 1958 até 2005, sendo que a pesquisa foi realizada com apenas um TCC de cada ano, dentre os anos em que o tema Saúde Mental foi abordado, totalizando 14 TCC's.

Por fim, apresentamos nossas considerações finais e sugestões ao Curso de Serviço Social da UFSC e aos Assistentes Sociais que atuam na área de Saúde Mental, reconhecendo que este trabalho acadêmico também deve ser visto como uma produção de conhecimento, que contribuirá no processo de reflexão da relação entre teoria e prática do Serviço Social na

¹ Por “tratada” aqui, queremos dizer a forma como a sociedade como um todo, lidou com a loucura, ou seja, quais foram os posicionamentos e atitudes do Estado e da sociedade frente à loucura.

área da Saúde.

Capítulo I

Processos Históricos e Produção de Conhecimento

1 Síntese Histórica – Saúde Mental

Muitas são as formas de entender o sofrimento psíquico, também chamado de loucura, doença mental, sofrimento mental. A psiquiatria clássica busca entender este sofrimento classificando seus sintomas, para chegar às suas causas. O pensamento psiquiátrico mais contemporâneo, por sua vez, busca esta compreensão através de um estudo mais amplo dos indivíduos, observando o meio em que estes se encontram, por exemplo (AMARANTE, 1998).

Concordamos com esta última perspectiva, ressaltando, contudo, que não é nossa intenção negar a presença de fatores (problemas) físicos e neurológicos como causa ou parte integrante da doença mental, mas sim, salientar a forte presença de fatores sócio-culturais, como fontes potenciais para o seu surgimento.

Salientamos, então, a importância, de um olhar para o indivíduo portador de sofrimento mental, enquanto sujeito de direito, bem como, do comprometimento da sociedade e do Estado, na busca por estes direitos.

Atualmente, ao falarmos de direito das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, não podemos deixar de citar a Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001, que prevê novas medidas de tratamento para estes sujeitos, visando a reinserção social do indivíduo, assegurando sua convivência em sociedade e com a família. Estas foram algumas conquistas alcançadas por meio do movimento de reforma psiquiátrica. Mas o que é a reforma psiquiátrica? O que se entendia por saúde mental antes deste processo da reforma? Como eram vistos os portadores de transtornos mentais pela sociedade e pelo Estado? Qual era o papel da família antes desta nova legislação?

Sobre a Reforma Psiquiátrica o Ministério da Saúde², assinala:

✓ É a ampla mudança do atendimento público em Saúde Mental,

² Ver site do Ministério da Saúde:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1

garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade;

- ✓ É amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou 12 anos;
- ✓ Significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade;
- ✓ O atendimento é feito em CAPS – Centros de Atenção Psicossocial -, Residência Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência;
- ✓ As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos.

A conquista deste novo modelo de atendimento ao portador de sofrimento mental, a partir da reforma psiquiátrica, é considerada também como fruto do movimento, de indivíduos, instituições e categorias profissionais ligadas à saúde mental, que ao longo de pelo menos cinco séculos, buscaram (e ainda buscam) entender a “loucura” e lutar por melhores condições de vida e tratamento de seus portadores, historicamente discriminados e institucionalizados em condições, por vezes, precárias.

Segundo Oliveira e Alessi (2005) a institucionalização da psiquiatria teve início no século XVII, com a criação de abrigos, casas de loucos. A loucura, neste período, era vista como uma anormalidade de comportamento, como a ausência da razão, ou seja, todo indivíduo que, de alguma forma, ameaçasse a segurança e a moral do padrão de sociedade estabelecido pela ideologia dominante, seria excluído do convívio em sociedade. Estes sujeitos eram abrigados e tratados nas casas de loucos, também chamadas de casas de correção, casa de misericórdia e outros. Este entendimento sobre a loucura, por muitos anos, reuniu nestas instituições não apenas os loucos, mas também ladrões, prostitutas, mendigos, entre outros.

Conforme Uchôa (1981), no Brasil, somente a partir do século XIX, por meio de muitas manifestações³ contra a situação em que se encontravam os doentes mentais, a loucura passou a ser vista cientificamente, pela medicina, como uma doença mental. Esta nova perspectiva levou os estados a fundarem os primeiros hospícios no país, separando os doentes mentais dos demais grupos que residiam nas Casas de Misericórdia. No entanto, esta nova organização não alterou o caráter excludente com o qual era tratado o doente mental. Este ainda era visto como anormalidade, com um desvio de padrão de comportamento e continuou

³ Segundo Uchôa (1981) esses movimentos podem ter sido reflexos das ações de Philippe Pinel na França. Este foi considerado o pai da psiquiatria moderna, depois de livrar os doentes mentais de suas correntes, em Bicêtre.

confinado nas instituições, agora sob o olhar da medicina.

A partir do século XX, foram descobertos novos medicamentos e formas de tratamento na área da doença mental. Amarante (1998) coloca que, em um primeiro momento, a reforma psiquiátrica ficou mais voltada para a mudança da estrutura asilar, manicomial, na tentativa de alterar sua imagem de instituição excludente, para um local de tratamento terapêutico. Este movimento é entendido como uma mudança de concepção do tratamento, não tratar a loucura por si só, de forma generalizada, mas organizá-la em classes e níveis, através dos sintomas apresentados.

Apesar desta busca pela mudança de concepção da loucura e da instituição asilar, Amarante (1998), citando Castel assinala que a racionalidade desta medicina mental era meramente classificatória. Nas palavras do autor,

A esta não interessa[va] localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo sua ordem natural, com base nas manifestações aparentes da doença (AMARANTE, 1998, p.25).

O autor coloca, em outras palavras, que esta organização da psiquiatria continuava isolando e classificando o doente mental com ações de caráter autoritário, ignorando a condição destes indivíduos como sujeitos portadores de sofrimento e como cidadãos de direitos.

Fernando Tenório (2002) discorre sobre o que ele chama de “insuficiência do asilo” e, pautado em Delgado (1992), afirma que na segunda metade da década de 1970, o movimento da reforma tira o foco de melhorar os asilos e começa um maior questionamento sobre os princípios da própria psiquiatria. O autor coloca ainda que existem duas vertentes neste processo de reforma: uma preocupada em repensar as instituições de tratamento da loucura, considerando que estas sempre foram usadas, pela sociedade, como uma forma de lidar com a loucura; outra, visando a reinserção social. Sobre esta última, o autor afirma:

[...] uma prática efetivamente transformadora junto aos loucos deve visar justamente a superação do paradigma da clínica. Seu raciocínio é de que, ao operar com idéia de doença mental como negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade, a clínica impõe necessariamente ao louco um lugar de negatividade (TENÓRIO, 2002, p.28).

Se a apropriação da doença mental, pela medicina, não deu conta de garantir a

cidadania dos “loucos”, esta nova linha da reforma, que propõe a “superação da clínica”, traz a noção da desinstitucionalização, a fim de proporcionar um novo modelo de atenção, que ao invés de privar estes indivíduos do convívio com sociedade, faça um movimento de reinserção social. Sobre este processo, Amarante assinala que:

Este novo dispositivo poderia ser provisoriamente denominado de dispositivo da desinstitucionalização, embora o termo indique em si uma contradição⁴,[...] A escolha do termo pretende-se a acepção construída por Basaglia, e retomada por Rotelli, quando deixa de ser entendido como simples desospitalização, para tratar da ruptura dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica (AMARANTE, 1994, p.60).

A busca por esta mudança de paradigma é abordada por Amarante (1994) como um segundo momento da reforma psiquiátrica, que consiste na ampliação da psiquiatria para o espaço público, ressaltando o caráter preventivo à saúde mental e promovendo a inclusão dos portadores de transtornos mentais na sociedade e na família. O autor coloca ainda que Basaglia busca, com esta mudança de concepção da doença mental, um olhar mais voltado para o indivíduo como um todo, como cidadão que possui uma história de vida, sendo esta, relacionada à sua experiência de sofrimento mental.

Diante destes movimentos da reforma psiquiátrica, Amarante (1998) identifica, ainda, alguns pontos que diferenciam as noções de “doença mental” e “saúde mental”, sendo que a primeira tem caráter assistencialista, de uma atenção individual e de isolamento; já a segunda concepção, tem uma proposta de intervenção de caráter coletivo, comunitário e preventivo, objetivando a cidadania para estes indivíduos.

Tendo em vista a ruptura dos paradigmas excludentes acerca da loucura, no Brasil, a partir da década de 1970, emerge o movimento de desinstitucionalização, com o surgimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM. Em 1987, este se tornou um movimento social de maior abrangência e teve como lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”; esta perspectiva busca a inclusão do portador do sofrimento psíquico na família e na vida em sociedade, para isto propõe: o fechamento gradativo dos leitos psiquiátricos e a implantação de novas instituições, de tratamento e acompanhamento, de Saúde Mental (AMARANTE, 1995, p. 491-492).

⁴ O autor explica que: “[...] o conceito de dispositivo implica uma reinstitucionalização, e o de desinstitucionalização, aparentemente, uma ausência de qualquer processo de institucionalização [...]”, ou seja, o processo proposto, não era o de simplesmente fechar os hospícios que existiam na época, mas sim de substituí-los gradativamente por um novo modelo de atenção, que visasse uma mudança de paradigma.

Amarante (1995) destaca dois acontecimentos importantes, em 1989, que marcam o início do processo de desinstitucionalização no Brasil. O primeiro, em Santos, com a municipalização de um hospício privado, de acordo com as premissas do novo sistema de saúde, sendo em seguida fechado e sua demanda acolhida pelos Centros de Atenção Psicossocial e outros projetos sociais. O segundo, com a criação do Projeto de Lei Paulo Delgado que, motivado pelo fechamento do hospício em Santos, “[...] propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados” (AMARANTE, 1995, p. 492).

Este processo passou a exigir maior envolvimento do Estado e da família, pois a diminuição dos leitos psiquiátricos implicava na volta de muitos portadores de sofrimento mental para sua casa. Esta, por sua vez, precisava que o Estado, através de políticas públicas, garantisse o tratamento adequado e a reinserção social daqueles indivíduos.

Na tentativa de garantir estes direitos, foi sancionada, em 6 de Abril de 2001, a lei nº 10.216 que, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Além de proibir a internação de portadores de transtornos mentais em instituições de caráter asilar, a lei estabelece diversas medidas a serem adotadas pelas novas instituições de tratamento, como atividades ocupacionais, de lazer, entre outros, tendo sempre como objetivo a reinserção social do paciente.

Diante da realidade brasileira, de um grande número de internações nos leitos psiquiátricos, era necessário montar um grande aparato de assistência em saúde mental, a fim de promover a reinserção social daqueles usuários. Em virtude da lentidão da implantação dos novos serviços, este é, ainda, um objetivo a ser alcançado. Para viabilizar a implantação deste novo modelo, foram criadas portarias que regulamentam o funcionamento de instituições de caráter terapêutico, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Por ter realizado estágio acadêmico no CAPS para crianças e adolescentes de Florianópolis, gostaria de apresentar um pouco mais este modelo de atenção em saúde mental. No próximo tópico deste trabalho apresentaremos também o Programa “De Volta Para Casa”, que constitui numa importante estratégia do Governo Federal para incentivar a reinserção social dos portadores de transtornos mentais.

1.1 A nova organização da Saúde Mental

Dentre os novos serviços de atendimento ao portador de transtorno mental, destacamos neste trabalho os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS e o Programa “De Volta Para Casa”.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, é um serviço do Sistema Único de Saúde - SUS, da esfera municipal, do âmbito da Saúde Mental, de referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e que por sua condição psíquica, não conseguem estabelecer e/ou manter relações sociais saudáveis (na família, escola, trabalho, comunidade, entre outros). Este serviço foi pensado a partir do movimento da reforma psiquiátrica com o objetivo de diminuir o número de internações psiquiátricas e mudar a concepção de doença mental, bem como suas formas de tratamento.

Os CAPS têm como objetivos oferecer à população de abrangência atendimento clínico individual e/ou em grupo, de acordo com a necessidade de cada caso; promover a reinserção social dos usuários; possibilitar o exercício dos direitos civis dos mesmos e de seus familiares e fortalecer os laços familiares e sociais do indivíduo.

Segundo cartilha desenvolvida pelo Ministério da Saúde, publicada em 2004, existem cinco tipos de CAPS:

CAPS I - municípios com população entre 20.000 e 70.000 hab.

De segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas.

Para adultos com sofrimento psíquico grave.

CAPS II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 hab.

De segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas.

Pode ter um terceiro período, até as 21 horas.

Para adultos com sofrimento psíquico grave.

CAPS III - municípios com população acima de 200.000 hab.

Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Para adultos com sofrimento psíquico grave.

CAPSi - municípios com população acima de 200.000 hab.

De segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas.

Pode ter um terceiro período, até as 21 horas.

Para crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave.

CAPSad - municípios com população acima de 100.000 hab.

De segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas.

Pode ter um terceiro período, até as 21 horas.

Para usuários de álcool e outras drogas com sofrimento psíquico grave.

Além de serem divididos por tipos de demanda e por números de habitantes do município, os CAPS contam com a Rede Básica de Saúde para realizar este trabalho tão próximo às famílias e à comunidade. Segundo a cartilha do Ministério da Saúde, citada acima,

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários da Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência.

A integração com estas equipes de saúde deve visar tanto à aproximação com as famílias e a comunidade, através do trabalho dos agentes comunitários e profissionais dos centros de saúde, como também a capacitação destas equipes, para que possam identificar a doença mental e melhorar o atendimento aos seus portadores.

Tanto os CAPS, quanto os centros de saúde e outros serviços de saúde mental, vêm garantir a concretização da reforma psiquiátrica, ao possibilitar uma nova forma de tratamento aos portadores de transtorno mental, envolvendo o Estado, a família e a sociedade, como prevê a lei 10.216, da qual destacamos os seguintes artigos:

Art.3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

Estes artigos vêm regulamentar uma ação da esfera Governamental que assegure um tratamento mais digno aos portadores de transtornos mentais. Porém para que este trabalho seja efetivado, é de grande importância a participação da família.

Outra importante estratégia do Governo para garantir um tratamento mais digno aos portadores de transtornos mentais é o Programa “De Volta Para Casa”. Este programa é coordenado pelo Ministério da Saúde e tem como público alvo os portadores de transtornos

mentais egressos de internações, em instituições psiquiátricas, com duração de dois anos ou mais. Segundo o Ministério da Saúde⁵,

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Para atingir este objetivo o público atendido por este programa recebe o auxílio pecuniário, com valor fixado em 240,00 reais, ao longo de um ano, podendo ser renovado quando necessário. Além deste auxílio, o portador de transtorno mental deve receber atendimento na rede ambulatorial de assistência em saúde mental, de acordo com o novo modelo de atenção.

Este programa consiste em mais uma alternativa para viabilizar a reinserção social dos portadores de transtornos mentais, com foco na demanda de longas internações, onde o processo de reinserção é, muitas vezes, inviabilizado pela dificuldade destes indivíduos em retornarem ao mercado de trabalho. O auxílio pecuniário e os novos serviços comunitários de atendimento em saúde mental, são ações que possibilitam o fechamento gradativo dos leitos em hospitais psiquiátricos, um dos principais objetivos do processo de reforma psiquiátrica. Estas ações, no entanto, exigem a participação não só do Governo, mas também da família e da comunidade como um todo.

1.2 A família e o Estado diante da desinstitucionalização

Como vimos, este novo modelo de atenção ao portador de transtornos mentais passou a exigir um maior envolvimento da família no tratamento, colocando-a até mesmo como causa da doença mental.

Alves (1960 apud Vasconcelos, 2001, p. 224) afirma que: “[...] Das relações da criança com a família dependerá, em parte, sua atitude para com a sociedade, pois é dentro desta pequena comunidade que ela aprenderá o ‘dar e receber’ ”. Segundo esta perspectiva,

⁵ As informações sobre o Programa “De Volta Para Casa” podem ser encontradas em no site do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20500 (acesso em 13 de agosto de 2007).

cada sujeito, na reprodução de suas relações intra-familiares, tende a relacionar-se com a sociedade da mesma maneira em que se relaciona com sua família, desta forma, muitos indivíduos, acabam por exteriorizar as relações conflituosas, existentes em suas famílias.

Neste processo de reprodução das relações são identificadas, pelos profissionais da área da saúde, muitas situações, graves ou não, de transtornos mentais. A identificação destes transtornos, a partir de um indivíduo, leva a equipe profissional a realizar um estudo mais aprofundado das suas relações familiares e sociais, a fim de entender quais motivos levaram ao surgimento da doença e quais membros desta rede de relações devem ser observados e acompanhados pelos profissionais de saúde.

Este estudo se faz necessário, quando entendemos que o indivíduo apontado como doente, tende a ser apenas um “bode expiatório” (Mioto, 1997), de uma família doente. Quando esta não dá conta de suprir as necessidades de seus membros, estes podem expressar, ou não, no seu convívio com a sociedade, o quanto suas relações familiares estão fragilizadas, através da reprodução destas relações.

Entendemos, então, que tendo a família a responsabilidade de principal formadora dos indivíduos, é de grande importância para as instituições que realizam tratamentos de Saúde Mental, ter um olhar voltado para ela, a fim de auxiliá-la no processo de construção e reconstrução de suas relações. No entanto, segundo Mioto (1997, p. 123), os profissionais da área da saúde ainda trabalham com a família de forma restrita, intervindo nesta através de um “usuário-problema” e também em função dele; conforme as palavras da autora: “A leitura que se faz da família nesta situação é a de auxiliar o “diagnóstico” e o “tratamento” do indivíduo. Por isso ela tende a ser parcial e localizada”. Ou seja, apesar de muitas instituições já abrangerem o processo de tratamento à família, este trabalho ainda é voltado para a resolução apenas do problema levado à instituição, ignorando todas as demais dificuldades enfrentadas pela família.

Sobre a relação família - doença mental, podemos citar uma pesquisa realizada durante o período de estágio obrigatório (Maio/Jun 2006), com supervisão da assistente social e do psiquiatra da instituição, sobre o perfil sócio-demográfico dos pacientes do CAPSi de Florianópolis.

Este estudo foi realizado por meio de pesquisa documental nos prontuários de 176 pacientes do CAPSi. A pesquisa mostrou-nos que dentre os problemas psicossociais e ambientais apontados, 42,4% dos pacientes apresentam problemas na esfera familiar⁶ (no que

⁶ Os problemas familiares observados, são referentes à dificuldade em estabelecer relações saudáveis com os demais membros da família. Esta dificuldade, por sua vez, pode ser provocada por diversos fatores, como a diferença de valores

diz respeito às relações familiares), este número tende a aumentar considerando que em muitos dos casos indicados no item “múltiplas áreas concomitantemente” (18,6% dos pacientes), os problemas de esfera familiar também estão presentes; foram investigados, também, problemas nas esferas econômica (2,9%), profissional (6%), social/transgressão de leis (9,3%) e escolar (8,1%). Considerando a situação de vulnerabilidade da criança e do adolescente, por ser um indivíduo em desenvolvimento, conforme preconiza o estatuto da criança e do adolescente, e a importância da família na formação de indivíduos, os dados apresentados acima nos fazem refletir sobre o quanto esta realidade familiar pode influenciar na saúde mental e no tratamento das crianças que freqüentam o CAPSi.

Ainda considerando esta vulnerabilidade e a importância da família, outro dado da pesquisa a ser destacado, é o estado civil do cuidador principal, onde 51,5% são casados e 32,5% separados. No estágio realizado no CAPSi observamos que em muitas famílias formadas por “pai e mãe”, eram freqüentes os desentendimentos entre seus membros; e nas famílias onde havia a separação dos pais, percebíamos que este era um fator de grande estresse para a criança (e/ou adolescente), muitas vezes sendo um dos principais fatores que levava à busca pelo tratamento. Desta forma, estes dados também nos levam a pensar o quanto as relações familiares podem influenciar na saúde mental de seus membros.

No entanto, não se pretende, com estas amostras, definir que todas as famílias com os cuidadores principais casados ou em processo de separação, desencadeiem em seus membros o transtorno mental. Com a apresentação destes dados, propomos uma reflexão sobre a importância atribuída, culturalmente pela sociedade, aos papéis a serem exercidos pelos membros da família⁷, ao ponto que, o fracasso no desempenho destes papéis, pode representar para esta um fator de grande estresse.

Ao mesmo tempo em que a sociedade espera que a família dê conta destes papéis, o Estado cada vez mais diminui suas responsabilidades, sobrecarregando-a. Esta tem que sobreviver em uma realidade onde o desemprego e o crescimento da pobreza a torna cada vez mais frágil e vulnerável (MIOTO, 1997, p. 115). Mioto (1997) ao fazer uma revisão sobre a construção histórica do surgimento da instituição familiar, afirma que a família pode ser entendida como “[...] um fato cultural, historicamente condicionado, que não se constitui, *a priori*, como um lugar de felicidade”.

entre gerações, por exemplo. Os fatores que provocam estes problemas variam de um indivíduo para o outro, bem como de uma família para a outra, tendo em vista, a capacidade que cada um tem de lidar com seus obstáculos (MIOTO, 1997).

⁷ Estes papéis, construídos historicamente, são baseados na concepção da família como um grupo natural “[...] com estereótipos do ser pai, ser mãe, ser filho”, havendo também “[...] a naturalização de suas relações e o enaltecimento de sentimentos familiares, tais como amor materno, amor paterno, amor filial” (MIOTO, 1997, p. 117).

Diante destas mudanças históricas da organização familiar, observamos a importância da intervenção do Estado, com políticas públicas que auxiliem as famílias no processo de formação de seus membros. No entanto, percebemos que a maioria das políticas implementadas pelo Governo, tem caráter seletivo e não atende de forma efetiva as demandas da nossa sociedade, tendo em vista que são políticas focalizadas, direcionadas para cada membro da família, e não para esta como um todo. Este atendimento individualizado não permite a visão do contexto social em que os indivíduos estão inseridos e dificulta o entendimento das relações estabelecidas entre os membros da família. Há de se levar em conta, ainda, que os diversos tipos de famílias que encontramos hoje em nossa sociedade, pedem diferentes formas de abordagem, o que não ocorre nas ações de programas padronizados pelo Estado (MIOTO, 1997).

Estas mudanças históricas na configuração familiar e a posição tomada pelo Estado, de políticas que não garantem condições dignas de subsistência, podem propiciar a fragilização das relações familiares e o aumento do estresse na família, já que esta é “cobrada” a dar conta do cuidado e da formação de seus membros (MIOTO, 1997).

Mioto (1997) relaciona esta fragilização das relações e a sobrecarga à família com o movimento da reforma psiquiátrica. Segundo esta autora:

[...] Cooper (s.d.) bem como Laing e Esteson revolucionaram o campo da psiquiatria ao colocarem a família como o *locus* da reprodução da doença mental. Todo o movimento da antipsiquiatria está baseado justamente no deslocamento da doença mental do campo individual para o campo interpessoal, especialmente das relações familiares, dentro de uma sociedade cuja lógica é contraditória na sua relação com a família. Ao mesmo tempo que a sociedade enaltece, ela também oprime. (MIOTO, 1997, p. 117)

Nesta colocação vemos, mais uma vez, o quanto a família faz parte deste processo da doença mental e a importância de que esta seja amparada pelo Estado. Com esta mudança de foco da psiquiatria, do indivíduo para a família em sua totalidade, inicia-se um movimento de compreender a doença mental não apenas atentando para os seus sintomas, mas também considerando as inter-relações do indivíduo (MIOTO, 1997). Diante disto, no direcionamento das ações, os profissionais de Saúde Mental devem atuar buscando “[...] ajudar a família a identificar suas fontes de dificuldades e a realizar mudanças para que possam alterar sua situação” (MIOTO, 1997, p. 125). Com isto, torna-se imprescindível, segundo a autora, que o profissional tenha em sua prática cotidiana, ações investigativas, para que as políticas sociais possam ser implementadas, de forma a atender as reais necessidades de seu público alvo (MIOTO, 1997).

Diante desta realidade apresentada das famílias e dos portadores de transtornos mentais, entendemos que o Assistente Social, enquanto profissional que tem como princípio, a busca constante pela garantia de direitos, tem um grande trabalho a realizar na Saúde Mental. A seguir colocaremos como o Serviço Social, tem participado deste processo.

2 O Serviço Social na Saúde Mental

Ao olharmos a trajetória histórica do Serviço Social e da Saúde Mental podemos observar alguns pontos em comum, dos quais destacamos: a presença de ações de filantropia, geralmente relacionada a ações das Religiões, a busca pelo reconhecimento de uma determinada demanda, que requer o olhar de uma categoria profissional, a busca pela humanização desta demanda e pela garantia de direitos, a importância do olhar sobre as relações sociais (UCHÔA, 1981; STEIN, 2006).

No que diz respeito à filantropia, vimos no primeiro item deste trabalho que antes da apropriação e reconhecimento pela medicina da doença mental, os indivíduos portadores desta doença eram mantidos nas casas de misericórdia, de caráter filantrópico, junto com os demais indivíduos excluídos e condenados pela sociedade, por suas condutas que feriam a noção de moralidade da época, conforme assinala Uchoa (1981, p.14): “Juntamente com a evolução do pensamento psiquiátrico corria paralelamente o espírito de piedade por partes de ordens religiosas, acolhendo os doentes mentais em ambientes asilares e mosteiros”. Este tratamento consistiu na resposta dada pela sociedade e autoridades da época, incluindo a Igreja, às situações por eles “incompreendidas” (como a loucura e a desigualdade social), e que colocavam em risco seus interesses políticos, econômicos e culturais. Nestas mesmas casas eram depositados os indivíduos marginalizados, prostitutas, entre outros. Atualmente estes grupos fazem parte de minorias sociais, a serem auxiliadas pelo Estado, na busca por condições mais dignas de vida, constituindo, por vezes, parcela do público alvo do Serviço Social.

Temos, então, outra ligação entre Serviço Social e Saúde Mental, que é o reconhecimento de uma determinada demanda, que implica no estudo e comprometimento com estes sujeitos, por uma categoria profissional. Se fizermos uma identificação a grosso modo, a fim de exemplificar este elo, diríamos que a medicina “retirou” destas casas, os loucos, tratando-os como doentes mentais e o Serviço Social “retirou” os demais abandonados e segregados pela sociedade, colocando-os como sujeitos de direito.

Com o desenvolvimento técnico-científico destas categorias profissionais, a busca pela humanização e garantia de direitos de suas demandas, se tornaram metas em comum, bem como a ampliação do entendimento dos indivíduos como parte integrante da sociedade, que devem ser observados não de forma segregada, mas dentro de seu contexto social. Com isto, tanto o Serviço Social como a Saúde Mental avançaram nas últimas décadas seus estudos

sobre a família.

Na Saúde Mental este olhar foi adotado mais intensamente a partir da reforma psiquiátrica, com as novas instituições de tratamento e a reinserção social dos portadores de transtornos mentais. Foi também a partir da reforma psiquiátrica que o Serviço Social ampliou seu trabalho junto à Saúde Mental. Segundo Vasconcelos (2002), a ampliação do olhar da psiquiatria para o contexto social e familiar dos portadores de transtornos mentais, em especial os que já se encontram nos hospitais psiquiátricos, fez com que as novas instituições de tratamento, fossem implantadas com equipes profissionais interdisciplinares. Com isto, não se pretende anular a singularidade dos indivíduos, mas, como coloca o autor,

A proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está, de modo implícito, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto e, dessa forma, não pode prescindir da especialização. (VASCONCELOS, 2002, p. 50)

Desta forma, a inserção do Serviço Social na equipe de Saúde Mental, vem contribuir, com a observação e análise do ambiente social e familiar em que o indivíduo está inserido, considerando os aspectos históricos deste contexto e também a atual conjuntura, e com a busca pela efetivação dos direitos destes indivíduos, como o acesso à aposentadoria, a demais benefícios previstos, ao convívio familiar, entre outros.

A ampliação do olhar do Serviço Social para as relações sociais do homem, se deu a partir da década de 1960, com a influência da teoria Marxista na profissão. Porém, assim como na Saúde Mental, o Serviço Social também passou por um longo processo de construção de sua categoria profissional, até chegar ao reconhecimento da importância das relações sociais, em especial da família, para os indivíduos, como veremos a seguir (BULLA, 2003; STEIN, 2006).

das políticas públicas.

Este período foi marcado, ainda, pela expansão da Igreja Católica, que, com o apoio do Governo, aumentou suas ações assistenciais. Paralelamente, foram abertas novas Escolas e Cursos de Serviço Social, como o Curso de Serviço Social no Rio de Janeiro, em 1937 e a Escola de Serviço Social de Porto Alegre, em 1945, e outras nas décadas seguintes (BULLA, 2003).

Com a ampliação da ação do Estado na área social, o âmbito de atuação dos Assistentes Sociais também foi alterado, as primeiras áreas públicas em que estes profissionais se inseriram, foram a Saúde e o Judiciário¹¹.

Na área da saúde, em que pese, conforme Bulla (2003), “[...] englobava[-se] o trabalho nos centros de saúde, nos hospitais gerais, nas maternidades, nos hospitais pediátricos e psiquiátricos, nos centros de atendimento aos portadores de deficiência, nos centros de reabilitação e outros” (2003, p. 08), o Assistente Social se insere com um trabalho mais voltado à intermediação da instituição hospitalar com seus usuários, possibilitando o acesso destes, aos procedimentos hospitalares, curativos. O trabalho destes profissionais junto aos centros de saúde se dará apenas a partir de 1975 (STEIN, 2006).

De acordo com Stein (2006, p.34), a ampliação das ações do Serviço Social na área da Saúde foi motivada,

[...] além das condições gerais que nesta conjuntura determinaram a ampliação profissional como um todo, pela divulgação do “novo” conceito de Saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que enfocava aspectos biopsicossociais, determinando que outros profissionais (além dos profissionais da área médica) fossem requisitados para atuar no setor (BRAVO et al 2004, p. 28).

No emergir do Serviço Social como categoria profissional, os Assistentes Sociais atuavam segundo princípios filosóficos e cristãos, sendo influenciado pelo modelo de assistência Europeu¹², porém, essa linha logo se mostrou insuficiente para estes profissionais (BULLA, 2003).

A partir da década de 1940, conforme assinala Stein (2006), as ações do Serviço Social foram influenciadas pelo modelo assistencial norte-americano, caracterizada por uma

¹¹ No setor judiciário, “[...] o Serviço Social atendia os casos de abandono, maus-tratos e adoção de crianças e adolescentes, jovens e adultos infratores, e outros problemas familiares. Além disso, atuava na área da Educação, na Habitação, na Assistência e até na área da Agricultura, em trabalho de Extensão Rural (programas de desenvolvimento de comunidades rurais)” (BULLA, 2003, p. 08)

¹² Este modelo traz a noção de que o serviço social é uma vocação, atribuindo um caráter missionário e assistencialista à profissão. Bulla (2003, p. 08) aponta ainda que, no Brasil, este modelo foi influenciado pelas “[...] experiências de ação social francesas e belgas”.

prática burocratizada, influenciada pela teoria positivista¹³, com isto, as ações voltadas para a área social tornaram-se cada vez mais assistencialistas e imediatistas, não atendendo a real necessidade da população.

Diante da dificuldade encontrada pelos Assistentes Sociais em delimitar suas funções, perante os demais profissionais, e legitimar a categoria profissional junto à sociedade, no decorrer da década de 1950, os profissionais da América Latina começaram a promover seminários de discussão sobre os problemas de desenvolvimento dos países do Sul do continente. Este processo levou os profissionais a voltarem suas ações para a organização das bases comunitárias (BULLA, 2003).

A partir da década de 1960, considerando a ditadura que teve início em 1964¹⁴, a categoria profissional intensificou um movimento, iniciado na década anterior, pela ruptura e crítica a teoria positivista, buscando romper com os modelos assistenciais estrangeiros, atentando para a realidade da sociedade brasileira, ou seja, para a realidade de um país ainda em desenvolvimento. Este processo de repensar o referencial teórico-metodológico da profissão ficou conhecido como “Movimento de Reconceituação do Serviço Social” (STEIN, 2006). Segundo a autora, este movimento:

[...] propunha a busca de modelos metodológicos coerentes com a realidade de cada nação e trazia a preocupação de pensar a profissão a partir de seus elementos constitutivos internos, impondo aos assistentes sociais a necessidade de construção de um novo projeto ético e político (STEIN, 2006, p. 36).

Este movimento levou a categoria a abandonar uma matriz teórica conservadora, adotando a teoria social de Marx. Este novo modelo, baseado no ser humano e suas relações sociais.

A nova perspectiva teórico-metodológica pôde ser observada, na prática profissional, mais intensamente a partir da década de 1970, quando os profissionais e os estagiários de Serviço Social romperam com ações, que até então eram voltadas apenas para os interesses das instituições, na busca de atender às necessidades da população. Bulla (2003) aponta, também, a influência de Gramsci no Serviço Social, no início dos anos 80, quando as

¹³ Segundo a autora, “A matriz positivista apresenta um horizonte analítico que aborda as relações sociais dos indivíduos no plano de suas vivências imediatas, como fatos (dados) que se apresentam em sua objetividade e imediatez” (STEIN, 2006, p. 33). Estas características levam a ações burocratizadas e assistencialistas, sem atender a real necessidade das demandas.

¹⁴ Segundo Bulla (2003, p. 10), “Com o golpe militar de 1964, esses Assistentes Sociais, como muitos brasileiros que lutaram pela transformação social, sofreram a repressão do regime”. Com a ditadura o sistema de acumulação capitalista se expandiu e usou a repressão como uma nova forma de exercer o controle às classes trabalhadoras.

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção proteção e recuperação”; estes serviços devem ser organizados de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único, descentralizado e que busque, principalmente, a promoção da saúde; o parágrafo único do artigo 198 garante ainda que: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (Constituição Federal, 1988)¹⁶.

Mesmo com estas conquistas na legislação brasileira, a década de 1990 é marcada pelo aumento das privatizações, fazendo com que a saúde pública seja entendida como uma alternativa aos cidadãos que não podem pagar pelo atendimento da rede privada. Assim, o Estado novamente restringe suas ações sociais, implantando políticas públicas seletivas e focalizadas, na tentativa de atender apenas as populações mais vulneráveis, frente à pobreza e a desigualdade social (STEIN, 2006).

É neste contexto, de restrição ao direito à saúde, que está inserida também a Saúde Mental. Mesmo com os avanços teórico-metodológicos alcançados através da reforma psiquiátrica, a implantação do novo modelo de atendimento ao portador de sofrimento psíquico ainda é insuficiente, tendo em vista que este modelo deve funcionar integrado com o Sistema Único de Saúde, o qual ainda não está em pleno funcionamento e de acordo com a legislação vigente.

2.2 Produção de Conhecimento em Serviço Social

Inserido neste contexto contraditório e desigual, o Serviço Social se vê num processo constante de repensar suas diretrizes teórico-metodológicas. No final da década de 1980, quando o número de Assistentes Sociais cresceu muito, como consequência da redemocratização e da universalização de direitos, proposta pela nova Constituição Federal, o mercado de trabalho desta categoria apresentava uma depreciação dos salários e o aumento do desemprego. Além disto, este novo modelo assistencial despertou o interesse de outras categorias em trabalhar na área social (BULLA, 2003). Esta nova configuração do mercado de trabalho para o Assistente Social, segundo Bulla (2003), fez com que “Os questionamentos

¹⁶ Informações do site do Senado Federal: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/> (acesso em 28 de junho de 2007).

sobre o Serviço Social, como disciplina profissional, profissão e prática educacional [...]” (p. 11), fossem abordados nas discussões regionais e a nível nacional nas convenções da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), que em 1998, passou a ser chamada de Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Estas discussões levaram a formulação de uma nova proposta de formação profissional, que foi implantada a partir de 1984 (BULLA, 2003).

Acompanhando o cenário sócio-econômico e político da realidade brasileira, o Serviço Social, na década de 1990, se deparava com o aumento da desigualdade social, do desemprego e da pobreza, que causaram “[...] uma crescente precarização da qualidade de vida de vários segmentos da sociedade” (BULLA, 2003, p. 12), fazendo assim, emergir novas demandas para os Assistentes Sociais e novas realidades de atuação. Com isto, em 1994, iniciou-se um novo processo de revisão da formação profissional e reavaliação do currículo vigente. Este processo estendeu-se por dois anos, sendo que em 1996 passa a ser implantado um novo projeto de formação profissional. Segundo Bulla (2003), as novas diretrizes curriculares assinalam que:

[...] o curso de Serviço Social deverá oportunizar um aprofundamento teórico, histórico e metodológico da realidade social e do próprio Serviço Social. O profissional em formação deverá apreender o significado social da profissão e ser capaz de compreender os problemas e desafios impostos pela realidade social. Deverá também ser capaz de formular respostas profissionais e de exercer a profissão, levando em conta as competências e atribuições previstas no Código de Ética Profissional em vigor (BULLA, 2003, p. 12).

Estas diretrizes agregam à formação acadêmica do Assistente Social a perspectiva de Gramsci, já citada, de que o profissional não deve ser um mero executor de políticas, mas um profissional crítico, que tenha competência para observar a realidade ao qual está inserido e intervir a partir do referencial teórico-metodológico da profissão (IAMAMOTO, 1998).

Segundo Iamamoto (1998), o Serviço Social teve um grande avanço “[...] na definição de rumos técnico-acadêmicos e políticos [...]” (p. 50) e aumento significativo da produção acadêmica, nas décadas de 1980 e 1990. A autora destaca como principal desafio do Serviço Social na construção de seu projeto profissional,

[...] é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente

social (IAMAMOTO, 1998, p. 52).

Ou, seja, é necessário que o profissional utilize o conhecimento teórico-metodológico da profissão em função da realidade na qual está inserido, e de acordo com a demanda por ele atendida.

A autora afirma que para construir esta relação entre teoria e prática é necessário não apenas um aprofundamento teórico-metodológico, mas também uma maior aproximação com a própria realidade social. Desta forma, entendemos que o conhecimento da realidade e as experiências empíricas por si só, não fornecem subsídios para que o profissional possa intervir, a partir de uma análise crítica desta realidade; por outro lado, a atuação pautada apenas nas bases teóricas, tende a produzir ações generalizadas que não dão conta das demandas de cada comunidade (IAMAMOTO, 1998; FLICKINGER, 2005). Iamamoto (1998) conclui que:

O domínio teórico-metodológico só se completa e se atualiza ao ser frutificado pela história, pela pesquisa rigorosa das condições e relações sociais particulares em que se vive. Requer o acompanhamento da dinâmica dos processos sociais, como condição, inclusive, para a apreensão das problemáticas cotidianas que circunscrevem o exercício profissional (IAMAMOTO, 1998, p.54).

Considerando a importância do conhecimento da realidade social para produção de conhecimento científico, a pesquisa torna-se um instrumento de grande importância para a atuação do Assistente Social. Segundo Setubal (1995, p. 31),

É a partir do reconhecimento da existência do caráter multiforme do conhecimento no Serviço Social que optamos pela percepção que apreende o conhecimento como produto de um processo metodologicamente construído, ou seja, pelo conhecimento produzido a partir da pesquisa no Serviço Social.

A autora acrescenta que a pesquisa por si só, também não fornecerá subsídios para a intervenção profissional; e destaca, assim como os demais autores citados, que a pesquisa serve como instrumento para atualizar e enriquecer as bases teóricas, possibilitando uma reflexão crítica sobre a realidade (SETUBAL, 1995). Assim, Setubal (1995, p. 36) afirma que a pesquisa pode ser entendida “[...] como processo planejado, viabilizador da construção de conhecimentos legitimados, dentro da sua provisoriedade temporal, pelos meios acadêmico e institucional, [...]”. Reconhecer a provisoriedade da “validade” dos dados obtidos por uma pesquisa, é reconhecer também, a sociedade como uma estrutura dinâmica, como apresenta

Flickinger (2005, p.2):

Aí, o espaço social apresenta-se como horizonte intransponível dentro do qual temos de movimentar-nos. Trata-se de um horizonte não estável, senão processante, que vive da construção e reconstrução permanentes das relações sociais e ao qual, cada um, mesmo sem se dar conta disso, contribui com seu agir. Compreender-se neste âmbito do agir inclui, portanto, um compreender-se a si mesmo como ator nele envolvido.

Reconhecer esta dinâmica social, por sua vez, exige do pesquisador, também, uma pesquisa teórica do contexto que permeou seu objeto de estudo, historicamente e na atualidade, identificando aspectos que o influenciaram nos diferentes momentos históricos; como exemplo, temos os tópicos iniciais deste trabalho, que trazem aspectos que permearam a história da Saúde Mental e do Serviço Social, afim de subsidiar a pesquisa que a ser apresentada na segunda seção deste trabalho (SETUBAL, 1995).

Temos na fala de Flickinger (2005), mais um elemento a ser considerado na pesquisa e na atuação profissional, que é entender o Assistente social e o pesquisador também como sujeitos inseridos nesta dinâmica social. O Assistente social encontra-se inserido de forma mais intensa, já que este faz parte da sociedade, enquanto trabalhador assalariado do sistema capitalista, e como tal, participa do processo de reprodução das relações sociais¹⁷, intervindo não somente na reprodução de bens materiais, mas também na reprodução da “consciência social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986); o pesquisador social, mesmo não estando, muitas vezes, inserido na realidade a ser pesquisada, intervém na produção conhecimento, através de sua bagagem teórica, sendo que esta irá determinar a forma como a realidade posta será analisada (SETUBAL, 1995). Em outras palavras, Setubal (1995, p. 43) afirma que “[...] a produção do conhecimento é permeada pelas experiências intelectuais, principalmente particulares, dos seus autores, o que tira dela qualquer conotação de neutralidade”.

Neste sentido, a autora assinala ainda que a pesquisa também pode ser vista como um processo dinâmico, na medida em que este pode ser reavaliado ou reformulado, segundo a mesma realidade observada, porém, “[...] impulsionado por movimentações dialéticas pertinentes e estimuladoras do motor da história [...]” (SETUBAL, 1995, p. 40); ou seja, tanto a realidade a ser estudada, quanto as linhas teórico-metodológicas a serem utilizadas nesta análise, variam de acordo com o contexto histórico ao qual estão ligadas (SETUBAL, 1995).

¹⁷ Iamamoto e Carvalho (1986), ao discorrerem sobre a reprodução das relações sociais, do sistema capitalista, afirmam que esta, “Refere-se à reprodução das forças produtivas e das relações da produção na sua globalidade, envolvendo, também, a reprodução da produção espiritual, isto é, das formas de consciência social: jurídicas, religiosas, artísticas ou filosóficas, através das quais se toma consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção” (p. 72)

O processo de reconceitualização pode ser entendido como um instrumento de reflexão teórico-metodológica, que visa dinamizar a produção de conhecimento do Serviço Social, com base nas mudanças de configuração da sociedade e suas demandas. Segundo Iamamoto (1998, p. 202), “Por meio de sua renovação, O Serviço Social buscava assegurar sua própria contemporaneidade, afigurando-se aquela como um caminho possível para a sua reprodução e expansão: para a sua reconciliação com o tempo presente”.

Porém, todo este processo de mudança das bases teóricas, de rompimento com as teorias conservadoras e a incorporação da teoria social de Marx, não despertou na categoria profissional do Serviço Social como um todo, a busca contínua pela produção de conhecimento, através da pesquisa. Segundo Faleiros (2002, 163-164),

Há uma tendência nas profissões ligadas à prática, diferentemente daquelas mais ligadas à teoria, em não realizar pesquisas. [...] Isso muito se deve à orientação pragmática que essas profissões vêm adquirindo no contexto da ação social. O pragmatismo consiste numa atitude voltada para a solução de problemas imediatos, sem pensar e refletir as consequências teóricas e históricas desta ação imediata.

O autor assinala ainda, em outras palavras, que o Serviço Social encontra-se acomodado, na medida em que, o Assistente Social quando inserido na prática, intervindo na sociedade, não utiliza as pesquisas existentes como fonte de conhecimento, bem como, não se dispõe à realização de novas pesquisas (FALEIROS, 2002).

O Curso de Serviço Social é insuficiente na formação de pesquisadores. Apesar de ter uma disciplina voltada para esta formação, o que percebemos, é que para muitos profissionais, a produção do Trabalho de Conclusão de Curso é sua principal, talvez a única, pesquisa científica realizada. A partir da saída do meio acadêmico o profissional tende a pautar-se apenas nas práticas empíricas e nos conhecimentos produzidos pela academia. Estes profissionais parecem esquecer a necessidade de que sua prática seja analisada de forma crítica, através das bases teóricas já existentes, mas sempre de forma a atualizá-las, possibilitando a produção de novos conhecimentos. Entendemos que a melhor forma desta “captação da realidade” chegar à academia é através da pesquisa científica.

Esta ausência de pesquisas, por parte dos profissionais inseridos nas instituições que lidam diretamente com as demandas do Serviço Social, pode ser relacionada também com a própria inserção do profissional no mercado de trabalho, cuja lógica, é a de alienação e exploração do trabalhador, fazendo com que as instituições, em meio a esta lógica, não viabilizem a realização de pesquisas sociais (BULLA, 2003; FALEIROS, 2002). Neste

sentido, Faleiros (2002), salienta a importância de “Que as universidades liberem professores para fazer pesquisa, que as instituições liberem profissionais para fazer pesquisa, por que sem tempo, gente e recurso não se faz pesquisa” (FALEIROS, p. 168). Assim, as pesquisas podem ser encontradas em maior ou menor número, nas diferentes instituições em que atuam os Assistentes Sociais, dependendo da viabilização desta produção por parte destas instituições e do comprometimento do profissional com a sua categoria profissional e sua demanda.

Tendo este trabalho o objetivo de estudar um recorte da produção acadêmica do Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sobre Saúde Mental, percebemos a importância de, primeiramente, apresentar o que foi encontrado sobre a produção de conhecimento do Serviço Social sobre Saúde Mental e de que forma este material estava disponibilizado.

Capítulo II –

A produção de conhecimento do Serviço Social na área de Saúde mental

1 Aspectos teóricos da Pesquisa

Temos no universo da pesquisa, duas categorias principais, as quantitativas e as qualitativas. Segundo Triviños (2006) a pesquisa quantitativa é pautada no positivismo e no empiricismo, já a qualitativa apóia-se na fenomenologia e no marxismo. Contudo, numa outra perspectiva, não tão classificatória e exclusivista, Baptista (1994, p.21) afirma que “A abordagem quantitativa, quando não exclusiva, serve de fundamento ao conhecimento produzido pela pesquisa qualitativa”. Estas duas formas de pesquisa, por sua vez, abarcam diversos instrumentos de pesquisa (como a entrevista, a pesquisa documental, a aplicação de questionários, entre outros) a serem aplicados de acordo com o objeto de estudo (a amostra a ser analisada, o enfoque da pesquisa) (MARSIGLIA, 2000).

Neste trabalho daremos enfoque nos aspectos da pesquisa qualitativa, já que a seguir faremos a apresentação de uma análise, realizada através desta categoria de pesquisa.

Na tentativa de definir a pesquisa qualitativa, Triviños (2006) aponta dois pontos a serem considerados, ou superados, já que o autor os coloca como dificuldades. O primeiro consiste em “[...] delimitar a abrangência do enfoque qualitativo, sua generalidade e sua especificidade”, e o segundo, em atentar para “[...] as bases teóricas que orientam o pesquisador” (TRIVIÑOS, 2006, p. 124).

Diante do primeiro ponto, entendemos que a pesquisa qualitativa deve considerar a especificidade do seu objeto de estudo, na medida em que este se encontra inserido em uma determinada cultura e a partir desta, interioriza alguns processos realizados ao longo do tempo. “Nessa temporalidade perdeu-se a noção específica de determinada atividade, seu significado preciso” (TRIVIÑOS, 2006, p. 123). No segundo desafio, o autor salienta que até mesmo o processo de descrição do objeto de estudo, é realizado a partir da forma com que o pesquisador vê a outra realidade, já que este também se encontra inserido em uma cultura, na qual se baseia seus princípios e “idéias gerais básicas” (TRIVIÑOS, 2006).

Considerando a pesquisa qualitativa como uma prática investigativa de “natureza

histórico-estrutural, dialética”, Triviños (2006), pautado em Bogdan (1982), apresenta cinco características deste tipo de pesquisa. A primeira característica é que “a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave” (TRIVIÑOS, 2006, p. 128), ou seja, o ambiente natural é observado, partindo do pressuposto de que este se encontra permeado por uma cultura e relacionado às demais estruturas sociais, fazendo do pesquisador um instrumento importante na observação e descrição do objeto de estudo, levando em conta o amplo contexto que o envolve (TRIVIÑOS, 2006).

A pesquisa qualitativa é também colocada pelo autor como descritiva, esta ação descritiva, “Busca, porém, as causas da existência dele [do fenômeno], procurando *explicar* sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforça por *intuir* as conseqüências que terão para a vida humana” (TRIVIÑOS, 2006, p. 129). Estas buscas caracterizam o terceiro aspecto apontado, que é o fato de que os estudiosos, ao realizar este tipo de pesquisa, estão preocupados “com o processo e não simplesmente com o resultado e o produto”, dando à pesquisa qualitativa, seu caráter científico, na busca pelo entendimento do processo evolutivo do fenômeno observado e não somente por sua configuração atual (TRIVIÑOS, 2006).

O autor afirma como quarta característica, que “os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente”, ou seja, “[...] o fenômeno tem sua própria realidade fora da consciência. Ele é real, concreto e, como tal, é estudado” (TRIVIÑOS, 2006, p. 129). Assim, o autor nos mostra que mesmo reconhecendo todo o contexto que compõe e se relaciona com o objeto de estudo, o enfoque dialético baseia-se também na realidade concreta apresentada (TRIVIÑOS, 2006).

Por fim, a quinta característica consiste em entender que “O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa” (TRIVIÑOS, 2006, p. 130), ou seja, além de observar e analisar o fenômeno busca-se também compreender o significado deste para os sujeitos envolvidos, de acordo com os pressupostos culturais destes indivíduos.

A pesquisa qualitativa, assim como a quantitativa, segue um roteiro para realizar a investigação, “Isto é, existe uma escolha de um assunto ou problema, uma coleta e análise das informações” (TRIVIÑOS, 2006, p. 131). A principal diferença entre estes tipos de pesquisa, como salienta Triviños (2006), é escolha da amostra a ser estudada. A pesquisa de caráter quantitativo faz esta escolha, na busca por obter conclusões que possam representar uma ampla amostra, a partir da análise fidedigna de uma parcela desta. A pesquisa qualitativa, por sua vez, não se preocupa se amostra escolhida vai representar fielmente como “o todo” se comporta, os resultados da pesquisa visam entender apenas a amostra escolhida.

A pesquisa pode ser realizada, segundo Marsiglia (2000, p. 24) em dois tipos de fontes, a primária, onde os dados são colhidos “em primeira mão”, e a secundária “[...] se você recorrer a dados já existentes em instituições, associações ou trabalhos de [outros] pesquisadores [...]” como é o caso de nossa pesquisa.

A partir destas concepções, passaremos a apresentar como foi construído nosso processo de pesquisa.

2 Fontes de Pesquisa e material encontrado

Tendo escolhido como tema principal a ser abordado: A produção de conhecimento do Serviço Social sobre Saúde Mental, iniciamos uma busca pela definição do objeto de estudo deste trabalho, através do levantamento da produção do Serviço Social sobre Saúde Mental, nas seguintes fontes: Anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais e Revista Serviço Social e Sociedade, a partir da década de 1990; Portal CAPES; Bibliotecas da UFSC, FURB e UNISUL e os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) da graduação do Serviço Social da UFSC. Nesta última, foram identificados, através dos títulos, 35 trabalhos, que abordavam o tema Saúde Mental, no entanto, alguns destes trabalhos não se encontravam disponíveis, pois foram extraviados. Ressaltamos também que este levantamento foi realizado, através de uma tabela de catalogação do material disponível, porém esta tabela também não se encontrava completa. Ao tentar entender o porquê desta falha, recorreremos à bolsista da sala de TCC's. Ela nos informou que esta falha é devido a própria indisponibilidade do material.

Com vista na grande quantidade de TCC's encontrados, a pesquisa nas demais fontes foi interrompida, pois já tínhamos definido como objeto de estudo, a produção acadêmica do Serviço Social da UFSC sobre Saúde Mental.

Porém, é importante ressaltar a dificuldade encontrada em realizar a pesquisa nos Anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, já que este material não foi encontrado no Departamento de Serviço Social da UFSC, pelo qual fui orientada a procurar os professores que participaram destes eventos, para empréstimo do material; nem no Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) da 12ª Região, com os quais fiz contato por e-mail, e só obtive resposta do referido

CRESS, mas informando que não possuía o material a partir da década de 1990, apenas o de 1979.

Ressaltamos esta dificuldade na tentativa de alertar que a produção de conhecimento do Serviço Social e os debates que envolvem esta categoria profissional, não estão devidamente organizados, para que todos os profissionais, da atualidade e os que ainda estão por vir, tenham acesso a todos os processos de discussão do Serviço Social de âmbito nacional.

Na revista *Serviço Social e Sociedade*, foram encontrados três artigos e uma comunicação de pesquisa, que se referiam diretamente à Saúde Mental¹⁸.

Outro aspecto a ser destacado sobre o acesso ao material de pesquisa são as condições em que foram encontrados os TCC's, do Serviço Social da UFSC, defendidos antes do ano de 1994. Estes se encontravam em uma sala separada dos trabalhos mais recentes, porém em condições lastimáveis de conservação. Todo material desta sala encontrava-se com muito pó. As marcas deixadas pelas traças nos trabalhos, também nos davam a impressão de que o material não está sendo devidamente preservado. Após toda discussão feita no capítulo anterior sobre a importância da produção de conhecimento, nos perguntamos agora, qual a importância que o Curso de Serviço Social da UFSC está atribuindo a esta fonte de conhecimento, material este, que nos mostra não só a evolução do Serviço Social, enquanto profissão, mas também da população da Grande Florianópolis, enquanto objeto de estudo de muitos destes trabalhos.

Feito estas ressalvas, passamos para o delineamento do nosso objeto de Estudo.

2.1 Definindo o Objeto de Estudo

Após termos identificado à existência de 35 TCC's do Serviço Social sobre Saúde Mental, no período que vai desde a criação do referido curso na UFSC, em 1958, até o ano de 2006/1, percebemos que esta seria uma fonte viável de material para a pesquisa. Porém, a amostra se mostrou grande diante do tempo que tínhamos para realizar este trabalho, então fizemos um recorte de acordo com os seguintes critérios: análise de um TCC de cada ano, dentre os anos em que o tema "Saúde Mental" foi abordado; e no caso de mais de um TCC no

¹⁸ Foram consultadas as revistas de nº 33 à 51, 53 à 67, 69 à 72, 75 e 77, sendo que estes foram os exemplares, publicados a partir de 1990, encontrados na Biblioteca Central da UFSC, no período em que foi realizado o levantamento.

ano, escolhemos o que mostrou dar maior ênfase para os temas família e/ou reinserção social.

Feito este recorte, nossa amostra passou a ser de 15 TCC's, sendo que foram analisados apenas 14 destes trabalhos, já que o trabalho do ano de 2006, não estava disponível no momento da pesquisa.

Esclarecemos também, que os anos utilizados como referência para o critério de “um TCC por ano”, foram os correspondentes ao ano e semestre em que o TCC foi elaborado, mas não necessariamente defendido ou publicado. No entanto, as referências serão colocadas de acordo com o ano da publicação/defesa dos trabalhos, conforme normatiza a Associação Brasileira de Normas Técnicas.

Utilizamos como método de pesquisa a análise documental, realizando um estudo sistemático dos TCC's, a partir de algumas categorias preestabelecidas, de acordo com o grande tema “Saúde Mental”, que contribuíram na construção da análise dos TCC's.

3 Categorias de Análise

Levando em consideração a diversidade de temas a serem abordados em relação à Saúde Mental, como a interdisciplinaridade, a reforma psiquiátrica, estudo de casos, grupos terapêuticos, entre outros, procuramos primeiramente estabelecer algumas categorias de análise que pudessem ser observadas em todos os trabalhos, a partir do referencial teórico já apresentado sobre Saúde Mental.

Foram utilizadas para a pesquisa as seguintes categorias:

- Instituição onde foi realizado o estudo (Hospital Psiquiátrico, CAPS, nenhuma/ resgate histórico, outros);
- Metodologia de Pesquisa - instrumentos utilizados (pesquisa documental, entrevista, participação de grupos, entre outros);
- Tema/objeto de estudo (família, reinserção social, estudo de caso, sistema de internação, outros);
- Conceitualização de Saúde Mental (o que o autor entendeu como saúde mental);
- Importância atribuída à família na saúde mental;
- Perspectiva teórica trabalhada;

- Sugestões apresentadas pelos autores.

A partir destas categorias, iniciaremos a apresentação da análise realizada. A princípio, nossa intenção era a de apresentar os resultados da pesquisa por categoria de análise, tentando fazer um destaque/ comparação do material produzido antes e depois do ano de 1996. Esta delimitação pensada, em função do início da implantação do novo modelo de atenção ao portador de sofrimento psíquico em Florianópolis, que se deu com a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do município, em março de 1996, sendo que mais tarde, de acordo com a portaria Ministerial GM nº336, passou a ser chamado de CAPS II, também conhecido como CAPS Ponta do Coral¹⁹. No entanto, ao iniciar o estudo das análises realizadas, percebermos que este destaque não seria apropriado, já que algumas categorias analisadas, não permitiam perceber com clareza a evolução cronológica das discussões em torno destas.

A fim de dar maior destaque nas “falas” dos autores, dos TCC’s pesquisados, colocaremos estas na mesma formatação utilizada para citações longas, conforme normatiza a Associação Brasileira de Normas Técnicas.

3.1 Instituições Pesquisadas

Como vimos no resgate histórico sobre a Saúde Mental, a institucionalização da loucura iniciou no século XVII, a partir daí muitas foram as tentativas de entendê-la. Este processo culminou na Reforma Psiquiátrica, proporcionando uma reformulação do modelo de atenção ao portador de sofrimento psíquico. Porém, mesmo após este redirecionamento do modelo assistencial, os Hospitais Psiquiátricos ainda se encontram como uma alternativa de assistência.

Dentre as instituições que foram fontes de pesquisa dos TCC’s temos, o Instituto São José LTDA (ISJ); o Hospital Psiquiátrico Colônia Santana (HCS), que mais tarde passou a ser chamado de Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ); o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP); a Clínica Psicossocial da FUCABEM; e uma Clínica de Florianópolis, da esfera privada, especializada no atendimento de adictos e localizada num hospital geral.

¹⁹ Estas informações podem ser encontradas na página <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/index.php> (acesso em 04/07/2007).

Ressaltamos que mesmo com a implantação do primeiro NAPS municipal de Florianópolis, em 1996, este não foi alvo de nenhum dos TCC's estudados. Tendo a lista inicial dos 35 trabalhos, podemos afirmar também que este NAPS não foi contemplado pelos demais TCC's produzidos sobre este tema, até o primeiro semestre do ano de 2006.

Assim, nos perguntamos o quanto o Curso de Serviço Social da UFSC, consegue acompanhar a implantação dos novos modelos de assistência em Saúde Mental, e o quanto participa dos processos de mudança do município em que está inserido. Estas ações se fazem necessárias, a fim de proporcionar aos alunos deste curso, a experiência da articulação entre teoria e prática, através dos campos de Estágio. Fazemos esta afirmação a partir da constatação de que todos os trabalhos analisados foram produzidos a partir do próprio campo de estágio de seus autores.

3.2 Metodologia de Pesquisa - instrumentos utilizados

Como já colocamos, todos os TCC's analisados foram construídos a partir da experiência de Estágio de seus autores. Portanto, podemos dizer que os instrumentos de pesquisa a serem apontados, foram também os meios de intervenção dos alunos nas suas respectivas instituições de estágio.

Os TCC's analisados apresentaram pesquisas de caráter qualitativo, através de estudos exploratórios e descritivos. Segundo Triviños (2006) "Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema" (p. 109), e podem ser realizados através de pesquisas descritivas e experimentais. Já os estudos descritivos, buscam mostrar com exatidão as características e fenômenos que envolvem a amostra escolhida para o estudo, podem ser realizados através de "estudo de casos", "análise documental" e "estudos causais comparativos" (TRIVIÑOS, 2006).

Dentre as técnicas de pesquisa mais utilizadas nos trabalhos temos a entrevista, a participação de grupos e a pesquisa documental, sendo que esta última foi sempre realizada com mais um dos outros métodos.

Em relação às *entrevistas*, cinco TCC's foram baseados em entrevistas não estruturadas e outros cinco em entrevistas semi-estruturadas, ou seja, com roteiro de questões a serem abordadas. Este dado vem corroborar com a colocação de Marsiglia (2000, p. 27),

esta afirma que “As entrevistas são os instrumentos mais usados nas pesquisas sociais [...]” e acrescenta que estas, “[...] além de permitirem captar melhor o que as pessoas pensam e sabem, observam também a sua postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios etc.”.

Marsiglia (2000) aponta também um outro tipo de entrevista conhecido como “histórias de vida”. Este tipo de entrevista busca “[...] fazer a reconstituição da vida da pessoa, tentando evidenciar aqueles aspectos em que [o pesquisador] está mais interessado [...]” (Marsiglia, 2000, p. 27). Este método possibilita observar a percepção do entrevistado sobre a sua inserção nos grupos sociais em que está inserido (Marsiglia, 2000). Este método foi encontrado em um dos TCC’s pesquisados, que fizeram da entrevista seu instrumento de investigação.

Observamos que seis, dos quatorze TCC’s analisados, utilizaram como método de investigação, a *análise documental*. Os documentos utilizados por estes autores foram os prontuários, estes documentos são encontrados nas instituições de saúde, e são utilizados para reunir as informações dos pacientes atendidos. Segundo Marsiglia (2000, p. 27), “A análise de documentos é dirigida a textos escritos que podem servir como fonte de informação para a pesquisa [...]”, sendo assim, percebemos que estas fontes proporcionaram aos autores dos respectivos TCC’s, um grande leque de informações sobre os portadores de sofrimento psíquico, ligados às instituições pesquisadas.

A pesquisa através da aplicação de *questionário* foi utilizada em três TCC’s.

Outra técnica utilizada nas pesquisas é a *observação*, que pode ser assistemática, sistemática ou ainda participante. A observação assistemática tem como característica ser realizada “[...] de modo ocasional e informal” (Marsiglia, 2000, p. 26). Na observação sistemática, há um planejamento prévio onde o pesquisador “[...] define o que vai observar, procura eliminar sua influência sobre o que está vendo e define como vai registrar o observado” (Marsiglia, 2000, p. 26). A observação participante ocorre “[...] quando o observador já pertence ao grupo que investiga ou integra-se a ele para fazer as observações” (Marsiglia, 2000, p. 26). A observação participante foi encontrada como método utilizado em seis dos TCC’s analisados, sendo que a observação era realizada em grupos com pacientes e/ou familiares.

3.3 Tema/ Objeto de Estudo

Entendemos que o grande tema de todos os TCC's é a Saúde Mental, área em que seus autores encontravam-se inseridos para realização do estágio. Porém nossa tentativa de investigar o tema de cada trabalho foi baseada na seguinte afirmação de Marsiglia (2000, p.20):

Quando dizemos que queremos fazer uma pesquisa sobre política agrária, os movimentos sociais, a família, a criança e o adolescente, etc., estamos falando de um tema, isto é, de um assunto ou de uma grande área de interesse que queremos aprofundar. Mas isso não é o suficiente para começarmos a definir a pesquisa; precisamos fazer um recorte particular ou mais preciso do assunto ou tema. O que queremos investigar da política agrária, da família ou dos movimentos sociais? As dificuldades de articulação que aparecem em nossos assentamentos? As estratégias de sobrevivência das famílias diante das situações sociais graves? As conquistas reais dos movimentos sociais?

Assim, procuramos identificar qual o recorte feito pelos autores, para realização de suas pesquisas nas respectivas instituições. A seguir explicitaremos os temas identificados e o ano do respectivo TCC.

- A atuação Serviço Social Médico e a importância da família no tratamento do paciente psiquiátrico (1977);
- Importância da família no tratamento do paciente psiquiátrico. Perfil social e econômico destas famílias e relações intra-familiares (1980);
- A importância da família na recuperação e reintegração do paciente psiquiátrico nesta (1982);
- O Menor e o Serviço Social numa clínica de atendimento Psico-social (1984);
- O paciente de curta permanência no Hospital Colônia Santana (1991);
- A Unidade de Gestão Participativa - UGP²⁰ do Hospital Colônia Santana (1994);
- A Família e o Doente Mental no processo de desinstitucionalização (1997);
- Cidadania e Saúde Mental (1998);
- Grupo terapêutico e a ressocialização dos portadores de transtornos mentais (1999);
- A importância de uma Unidade de Gestão Participativa - UGP no processo de

²⁰ Segundo Cardoso (2000) a Unidade de Gestão Participativa “Visa oferecer um espaço de vivência intra-hospitalar que garanta maiores condições para participação das internas [dos portadores de transtornos mentais] no tratamento, espaço físico mais humanizado, menos massificado e que, principalmente, ofereça possibilidade de resgates da cidadania” (p. 24).

reabilitação de portadores de transtornos mentais (2000);

- Grupos Terapêuticos na Saúde Mental e sua importância na ressocialização dos pacientes (2002);
- O portador de transtorno mental no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a reinternação (2003);
- Grupos Terapêuticos, humanização do tratamento e reinserção social (2004);
- O Serviço Social atuando na Saúde Mental com famílias adictas (álcool e outras drogas) (2006).

Após esta apresentação vemos que muitos são os recortes a serem estudados na Saúde Mental. Ainda assim, podemos pensar em outros temas como, por exemplo, a saúde mental dos trabalhadores destas instituições, a interdisciplinaridade na saúde mental, as novas instituições de atenção ao portador de sofrimento psíquico, entre outros. Podemos perceber, com estes dados, que a escolha do tema, além de partir da curiosidade do próprio acadêmico, é influenciada também pela inserção deste, num setor de uma determinada instituição, no período de estágio.

3.4 Conceitualização de Saúde Mental

Consideramos esta categoria de suma importância, tendo em vista que os trabalhos analisados foram produzidos a partir da experiência de intervenção em instituições de Saúde Mental. No entanto, iniciamos ressaltando que este termo foi encontrado nos TCC's, dentre os analisados, escritos a partir de 1991.

Ao realizar análise desta categoria, pudemos perceber a evolução da nova concepção de saúde mental. Nos primeiros TCC's não há uma definição bem formada, e a própria discussão sobre a definição da doença é pequena, sendo mais apresentada do ponto de vista psiquiátrico, onde encontramos explicações sobre os tipos de diagnósticos das doenças mentais.

Nestes trabalhos, que ainda falavam apenas de doença mental, encontramos discussões ainda muito pautadas no aspecto orgânico da doença, como vemos a seguir:

O processo de deformação mental de um indivíduo pode começar ainda na infância [...] (BEHR, 1977, p.57).

Aos poucos vemos a ampliação deste conceito, com a introdução da influência da família como causa da doença.

Considera-se, portanto, a família como responsável pelo desenvolvimento do indivíduo na sociedade (FAVA, 1982, p. 20).

Quando esse desenvolvimento não ocorre satisfatoriamente, pode contribuir consideravelmente para a perda do equilíbrio emocional psicológico do indivíduo, levando-o muitas vezes à doença mental (FAVA, 1982, p. 20).

Na produção realizada a partir de 1991, percebemos um aumento da discussão em torno desta categoria de análise. Estes trabalhos já usam o termo Saúde Mental, considerando sua amplitude, e apontam o novo modelo de atenção ao portador de sofrimento psíquico, como conquista alcançada através da Reforma Psiquiátrica, como vemos nos trechos a seguir:

Nas ultimas décadas vem ocorrendo em todo o mundo uma verdadeira “Revolução Psiquiátrica”, no sentido do esvaziamento dos grandes hospitais e de construção de um modelo de atenção multidisciplinar e extra-hospitalar (MONKS, 1991, p. 07).

Importante é ressaltar que a reforma resultou de um processo, onde participaram trabalhadores em saúde mental, forças populares, “pacientes”, numa luta conjunta pela destruição de um sistema repressivo, autoritário, e pela implantação de uma nova maneira de enfrentamento da questão, por uma nova concepção de saúde/doença mental (KREPSKY, 1994, p. 25).

Como consequência [da discussão sobre a psiquiatria], passou-se a ter uma nova visão sobre a saúde mental, priorizando a necessidade de recuperar a cidadania do portador de transtornos mentais [...]” (KREPSKY, 1994, p.35).

Nos TCC's realizados a partir de 1999, destacamos uma maior preocupação na discussão sobre Saúde Mental, considerando seus aspectos sociais e colocando cada vez mais o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos, que precisam ser assegurados. Há também um maior entendimento sobre a importância da intervenção do Estado.

[...]sendo que uma das principais estratégias a ser trabalhada refere-se a desconstrução da loucura a partir do modo de conceber o indivíduo em sua experiência e seu sofrimento específico (PACHECO, 1999, p. 54).

A loucura não é categoria epidemiológica ou clínica, é categoria antropológica e sociológica, [...] (LORENCINI, 2002 p. 15).

A presença de um diagnóstico de transtorno mental é estigmatizante, a ponto de excluir o indivíduo de qualquer possibilidade de atuação social. Sua

exclusão começa pela visão de que é incapaz de produzir e isso faz com que seja quase inexistente a possibilidade de sua absorção no mercado de trabalho, cabendo-lhe a tutela do Estado, não sendo visto como cidadão de direitos (CARDOSO, 2000, p. 19).

Nesta última citação podemos perceber a mudança do papel atribuído ao Estado, onde este deixa de ser visto por uma perspectiva assistencialista, de concessão de benefício, no qual o indivíduo é dependente, e passa a atuar de forma a garantir uma vida mais digna aos indivíduos.

Apresentamos mais algumas colocações a fim de caracterizar o desenvolvimento desta discussão.

[...] a psiquiatria clássica veio desenvolvendo uma crise teórico prática, centrada na mudança de seu objeto de estudo que passa a ser a promoção da saúde mental e não mais o tratamento da *doença mental* (BONASSA, 2003, p.11).

Na atual política, serviços novos ou reformulados vêm substituindo a idéia de internação por modelos extra-hospitalares, evitando, acima de tudo, a opressão e a exclusão das pessoas portadoras de sofrimento mental (CARDOSO, 2004, p.16).

As diversas formas de atendimento procuraram ser personalizadas e específicas, respeitando a história de vida, a dinâmica familiar e a realidade social. Enfatiza-se a busca de autonomia, liberdade, emancipação, direito à voz e à escuta do portador de transtorno mental (CARDOSO, 2004, p.16).

A partir dos textos apresentados pudemos observar o acompanhamento do Curso de Serviço Social da UFSC nas discussões do processo de Reforma Psiquiátrica, que culminaram num novo entendimento sobre a Saúde Mental. Esta nova concepção busca, além de um olhar mais humanizado ao portador de sofrimento mental, concretizar ações que visem à promoção da saúde mental, a partir de um amplo trabalho com a comunidade e a família, através de políticas públicas.

3.5 Importância atribuída à família na saúde mental

Ao entender a família como o primeiro espaço de socialização dos indivíduos, e que a partir desta o indivíduo aprenderá a relacionar-se com a sociedade, supomos que esta

categoria estaria presente nos TCC's que abordassem o tema Saúde Mental.

No tópico 1.2 deste trabalho, afirmamos que a família pode ser vista como mais do que uma fonte causadora da doença mental, podendo também ser entendida como uma instituição doente, onde seus membros acabam depositando seus problema no indivíduo mais frágil da família, o considerado “membro-doente” (MIOTO, 1997).

A partir destes entendimentos iniciaremos nossa análise, com o intuito de apresentar as discussões feitas nos TCC's, de forma crítica, tentando levantar novas proposições para esta discussão.

Alguns dos trabalhos trouxeram a família não só como causa da doença, também como a própria doente, como vemos a seguir:

O relacionamento entre os membros, caracteriza, em última análise, o tipo de dinâmica familiar. Assim, a família de dinâmica precária necessita ter um membro doente para justificar o desequilíbrio do grupo (BEHR , 1977, p. 65).

A família é um universo, onde cada membro tem um papel definido, inclusive o doente mental. O doente mental é que mantém o equilíbrio da família. Na hora em que ele se recupera, a família perde o seu equilíbrio, que é mantido na sua figura (BEHR , 1977, p. 65).

Com esta “fala”, conseguimos visualizar a importância, apontada por Mioto (1997, p. 125), de que o processo de intervenção na família do portador de sofrimento psíquico, “Em vez de pautar-se na busca de soluções para um problema localizado, este desenvolve-se no sentido de ajudar a família a identificar suas fontes de dificuldades e a realizar mudanças para que possam alterar sua situação”.

Outros trabalhos também colocaram a família como uma instituição doente.

[Especialistas] Afirmam até mesmo, que quem adoece inicialmente não é o membro isolado, mas toda a família, segundo especialistas no assunto o grupo escolhe um dos membros para ser o porta voz, o depositário de todas as tensões e angústias (LIMA, 1980, p. 01).

Segundo Hollis, o assistente social analisa o sistema pessoa-em-situação, em termos das trocas e interações entre o indivíduo e os que integram seu núcleo social e destes entre si, inicialmente, para conhecer a natureza da disfunção, depois, para compreender o que contribui para a dificuldade (MOREIRA, 1984, p. [...]).

Alguns autores, no entanto, vêem a doença separada das relações familiares, como algo que aparece de forma inesperada, como vemos a seguir:

A família, nesta abordagem, é uma unidade básica de integração e se constitui num instrumento ressocializador do indivíduo. Quando nesta estrutura surge a doença como “algo novo”, afeta toda a estrutura e suas inter-relações (BELEI, 1998, p. 58).

Para CORDO (1992, P. 21) a doença mental quando surge, é um dado novo, uma situação não esperada e a qual a família não estava preparada para enfrentar. Cria-se então, uma desadaptação e uma necessidade de reestruturação (PACHECO, 1999, p. 19).

Como se observa nas falas, nesse contexto de grandes crises sociais e intrafamiliares, a família vai buscar ajuda nas instituições psiquiátricas. O doente passa a representar para muitas famílias, o responsável por todo o sofrimento vivenciado pelo grupo familiar. Estes não se dão conta de que, quem mais sofre é o próprio portador de transtornos mentais, que vivencia a “loucura”, que vive em constante agonia devido aos sintomas da doença, muitos tendo alucinações, delírios que se confundem com a realidade (CARDOSO, 2000, p. 39).

Na citação apresentada acima, a autora traz aspectos relevantes para o estudo de casos na saúde mental, porém estes aspectos estão pautados apenas nos sintomas e suas consequências. É importante compreendermos que a família, como afirmou Mioto (1997), não é “*a priori* um lugar de felicidade”, sendo assim, percebemos que a doença mental, na maioria dos casos, não deve ser entendida como “algo novo”, mas como um sinal de esgotamento da família diante de fatores de estresse para esta (como a pobreza, o conflito entre gerações, entre outras) (MIOTO, 1997). Ressaltamos que é preciso, sim, discutir a família como geradora da doença, mas também como uma instituição que é reflexo de uma sociedade capitalista, onde as desigualdades sociais estão presentes, como afirmou um dos autores, da análise:

As relações familiares reproduzem as relações de poder existentes na sociedade. E de acordo com Pichon-Riviere (1988), cabe à família reproduzir a ideologia social, pois o grupo familiar internaliza as funções da sociedade da sua dinâmica, configurando os modelos sociais preexistentes. É necessário então destruir estes pré-conceitos (CARDOSO, 2004, p. 45).

Alguns trabalhos, mesmo os que colocaram a família também como doente, apontaram ainda, para a importância de uma intervenção que levasse à família a compreender e aceitar o doente mental.

Buscamos, portanto, conscientizá-la [família] de que cabe a ela compreendê-lo [doente mental], amá-lo e, principalmente, aceitá-lo como ser humano que é e a ela pertence (BEHR, 1977, p. 50).

Ela [a família] deve envolver-se no tratamento para melhor compreender e aceitar o seu doente mental (BEHR, 1977, p. 68).

[...] é extremamente importante a aceitação do doente mental pela família para que a comunidade possa aceita-lo como membro dela (PACHECO, 1999).

É preciso levar a família a compreender que o indivíduo portador de anomalia psiquiátrica é uma pessoa [...](PACHECO, 1999).

Este trabalho de conscientização requer a aplicação de técnicas que levem os membros do grupo familiar a perceberem com mais clareza e, até mesmo, a vivenciar o que significa para um doente mental viver segregado, longe da família [...] (PACHECO, 1999, p. 20-21).

É preciso levar a família a compreender e aceitar a doença mental como algo que pode ter uma solução, que o doente mental merece ser tratado com dignidade e não ser visto como um incapaz (CARDOSO, 2004, p. 38).

Concordamos que é necessário mudar o entendimento preconceituoso que a sociedade e a família têm sobre a doença mental. Porém, é necessário também que a própria família seja auxiliada no cuidado com o portador de sofrimento psíquico, como vemos nas discussões de alguns trabalhos:

O que não podemos é fazer exigências exageradas, que estejam além das posses da família, a fim de evitar que a mesma se retraia e desista de continuar prestando auxílio fazendo com que se perca a perspectiva de trabalho que se pretendia realizar (LIMA, 1980, p. 13).

Além disso, é importante ressaltar que a capacidade de cuidado do grupo familiar depende diretamente da qualidade de vida que tem no contexto social no qual está inserido (MIOTO, 19[...]) (BONASSA, 2003, p. 40).

Neste sentido a autora aponta que a retração do Estado em termos de gastos sociais e em virtude da onda neoliberal repercute sobremaneira na estrutura da família e em suas funções' (ROSA, 2000, p. 264) (BONASSA, 2003, p. 41).

Esta mesma autora, evidência o dilema/ sofrimento vivenciado pela família, onde,

[...] a figura do cuidador do enfermo se vê sobrecarregada com suas próprias exigências em relação à sua reprodução e a crise econômica que poderá gerar com as despesas de um membro inadaptado para o trabalho e de sua retirada do mercado, para dedicar-se ao trabalho privado, em decorrência deste novo familiar (BONASSA, 2003, p. 41).

Alguns autores dos TCC's analisados, afirmaram também, a influência da família na

reinternação do paciente.

Nestes casos [quando não há o acompanhamento da família no tratamento] a permanência no hospital é mais prolongada e o paciente está constantemente ansioso, deprimido e muitas vezes torna-se agressivo projetando na equipe técnica e demais pacientes seu descontentamento (FAVA, 1982, p. 49).

Alguns TCC's ainda se referiam a família como um grupo natural, formado por pai, mãe e filhos. Outros apresentaram um entendimento mais amplo e atual considerando a família em seu contexto histórico econômico e social “onde se possa analisar todo o grupo social e não apenas o indivíduo” (STEIN, 2006, p. 17).

Neste trabalho utilizaremos elementos da concepção sistêmica ²², que aborda a família como um sistema ²³ operando através de regras invisíveis, que todos respeitam e que vão sendo repetidas até estabelecerem padrões de quando, como e com quem se relacionar, regulando o comportamento dos membros da família (MINUCHIN, 1992)” (STEIN, 2006, p. 18).

A autora assinala, baseada em Minuchin, que a família é formada por pequenos sistemas chamados de subsistemas, e que estes se relacionam. Desta forma, “[...] o comportamento de um membro afeta imediatamente os outros. Situações de estresse num membro individual repercutem fortemente através das fronteiras, ressoando rapidamente nos outros subsistemas” (STEIN, 2006, p. 19).

Um dos autores conclui:

A relação da família com o *doente mental* pode ser explicada, então, paradoxalmente. Por um lado a família é vítima do membro doente, estando sob ameaça de perigo [nos casos dos hospitais de custódia] e sem estrutura sócio-econômica e emocional para tratá-lo. De outro modo é culpabilizada por ser a propiciadora do sofrimento psíquico. Perdida, sem conhecimentos acerca do transtorno mental, a família fica, muitas vezes, restrita ao papel de identificar a *loucura*, encaminhar o seu portador a alguma instituição, normalmente asilar, visitá-lo e fornecer informações necessárias sobre a história de sua enfermidade (BONASSA, 2003, p. 43-44).

Alguns TCC's trazem uma discussão pequena, sobre a família na saúde mental, apenas afirmando sua condição de primeiro grupo de socialização dos indivíduos e também como responsável pela institucionalização, como vemos:

[...] sendo o primeiro grupo que o Assistente Social deve trabalhar é a família, sendo que, através dela que o indivíduo estrutura sua personalidade (LORENCINI, 2002, p. 32).

[...] sendo ela [a família] integrante da sociedade é responsável [também]

pela existência dos manicômios, uma vez que estas instituições surgem para responder as necessidades criadas pela própria população (SILVA, 1997, p. 40).

Como sabemos o ser humano está vinculado a inúmeros grupos sociais. E um destes é a sua família, ou mais especificamente, é o primeiro vínculo social dos indivíduos (MONKS, 1991, p. [...]).

Em apenas um TCC não observamos no corpo do trabalho discussões que ressaltem a importância e o papel da família na saúde mental.

Ao final de tantas colocações sobre o entendimento da posição da família, frente à doença mental, consideramos sua importância, no processo de tratamento e ressocialização dos portadores de sofrimento psíquico, bem como na prevenção da saúde mental, já que é neste ambiente que o indivíduo aprende a lidar com as situações de estresse.

Ressaltamos também que a família pode sim ser considerada como fonte geradora ou propiciadora para o aparecimento do sofrimento psíquico em seus membros. No entanto, alertamos que de nada adianta apenas culpabilizá-la, sobrecarregando-a com mais e mais responsabilidades, sem exigir também do Estado sua parte na garantia de condições de vida mais dignas a estes indivíduos e seus familiares.

Por fim, chamamos a atenção para forma com que às políticas sociais vem promovendo esta atenção à família. Este trabalho ainda se dá de forma a resolver apenas o problema que chega a instituição, fazendo com que as famílias busquem soluções para as suas diversas dificuldades, em vários programas sociais diferentes. Este modelo de atendimento ainda vê a família de forma parcial, não dando conta do todo, onde a dinâmica das relações intra-familiares e as dificuldades geradas por uma sociedade marcada pela desigualdade social, são desafios enfrentados cotidianamente por esta.

3.6 Perspectiva teórica trabalhada

Neste item, nossa análise foi pautada, na concepção de Saúde Mental, a fim de identificar uma visão mais contemporânea ou não, sobre este tema; e também na apresentação das informações, se esta foi mais pautada na visão da instituição e nos referenciais da psiquiatria clássica, ou, nas novas concepções de saúde mental e do novo modelo de

atendimento.

Ressaltamos que nossa intenção é a de realizar uma análise crítica dos trabalhos, apontando os avanços e/ ou retrocessos na evolução dos debates sobre a Saúde Mental, respeitando as colocações dos autores e entendendo esta produção como parte de uma construção histórica do conhecimento no Serviço Social.

Nesta categoria de análise, assim como no item “Conceitualização de Saúde Mental”, pudemos perceber de forma mais clara o avanço dos debates relacionados a este tema.

No TCC's de 1977, observamos a forte influência da psiquiatria quando a autora, num item intitulado de “O Paciente na Entidade”, discorre sobre as doenças mentais e descreve suas várias categorias atribuídas pela psiquiatria, o chamado diagnóstico. Como vemos no trecho que segue:

Os psiquiatras classificam as doenças mentais em diferentes tipos gerais, aos quais dão denominações apropriadas, ou seja, o diagnóstico. Esses diagnósticos são utilizados não tanto para classificar os doentes mentais, que nem sempre se enquadram exatamente dentro das denominações estabelecidas, mas principalmente para facilitar a compreensão dos pacientes e assinalar as características de suas desordens psíquicas (BEHR, 1977, p. 22).

Percebemos um discurso ainda pautado na psiquiatria clássica, na medida em que a autora aponta o diagnóstico como a forma como a instituição vê os portadores de sofrimento psíquico, reduzindo estes aos seus sintomas. Neste trabalho, há também, um discurso mais atual sobre a responsabilização da sociedade, da família, colocando-a como doente, no entanto, a autora ainda não fala em prevenção ao sofrimento mental, na responsabilidade do Estado e no tratamento da família como um todo, mas sim apenas do doente (BEHR, 1977).

No TCC de 1980, há pouca discussão sobre a evolução da “doença mental”, mas ao falar da família no processo da doença, a autora mostra um entendimento mais atual, entendendo-a também como doente, como pudemos ver no item 3.5 deste trabalho. A autora também traz o tema “Pesquisa em Serviço Social”, mostrando a sua importância na tentativa de conhecer melhor a realidade e buscar novas formas de intervenção.

Isto quer dizer que pesquisa, no sentido técnico-científico, obedece a uma linha previamente traçada, que [é] o método utilizado na pesquisa social para se chegar a um conhecimento exato da realidade, permitindo, desta forma, uma intervenção adequada no sentido de melhorá-la. Portanto, a pesquisa social é o meio mais eficaz para o estudo, intervenção planejada e tratamento em Serviço Social, pois isso coloca o assistente social em contato direto com a comunidade e com a realidade em que está inserida. Neste contato direto o assistente social tem condições de tomar conhecimento de dados de grande

importância, surgindo, daí, novas perspectivas (LIMA, 1980, p. 13).

Nos trabalhos realizados nos anos seguintes, tendo em vista a amostra pesquisada, a questão do diagnóstico já não aparece como base das discussões. Os trabalhos vão apresentando gradativamente um entendimento mais amplo sobre saúde mental, porém ainda não envolvem o Estado como responsável pela garantia de direitos, como vemos a seguir:

Concluimos, portanto, que a integração social do indivíduo só será significativa se a sua socialização for baseada numa identificação positiva com seu meio social, especialmente com sua família. Deve o meio familiar oferecer condições favoráveis ao desenvolvimento do indivíduo para que não ocorram as situações descritas acima (FAVA, 1982, p. 28).

Deve-se estimular uma integração entre o hospital e a comunidade. Trata-se, portanto, de uma questão social (FAVA, 1982, p. 37).

Iniciou-se ainda na década de 50 o tratamento de famílias inteiras em conjunto, objetivando a mudança das relações entre os seus membros. [...] Apesar de não apresentarem [os terapeutas familiares] sempre um método comum, todos defendem a idéia de que a unidade de um problema é composta de mais de uma pessoa e adotam na maior parte das vezes a unidade como sendo três ou mais pessoas (MOREIRA, 1984, p. 38)

Nos trabalhos escritos a partir da década de 1990, vemos mais claramente o conhecimento, por parte dos autores, do novo modelo de atenção ao portador de sofrimento psíquico, como vemos nas “falas” que seguem:

Com relação a Hospitais Psiquiátricos as diretrizes asseveram que a política do redirecionamento dos leitos deverá privilegiar o estabelecimento de Serviços Psiquiátricos em Hospitais Gerais regionalizados, evitando a criação de novos estabelecimentos (MONKS, 1991, p. [...]).

Os Hospitais Psiquiátricos deverão ser objeto de Políticas Específicas no sentido de sua reorganização, dinamização e eventual esvaziamento (MONKS, 1991, p. [...]).

A área, do ponto de vista terapêutico, não pode ser considerada condizente com os objetivos propostos pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Nº10. 216) (BONASSA, 2003, p. 34).

Esta nova forma de entender Saúde Mental é expressa também, na crítica as instituições psiquiátricas asilares.

Devido a longos períodos de internação em “instituições totais”²¹, o paciente assume a condição de doente e sua vida modifica-se em função desta condição (KREPSKY, 1994, p. 50).

As instituições psiquiátricas por mais terapêuticas que se considerem, trazem em sua essência, como algo inerente à instituição, o controle físico e moral. O não cumprimento as regras é percebido como conduta anormal e sujeita a intervenção medicamentosa, e contenção física (amarrando-o ao leito) (SILVA, 1997, p. 36).

As instituições usurparam dos internos sua identidade; seus muros os levaram gradativamente a uma condição de impotência e geraram nestes o sentimento de incapacidade de decidir sobre sua existência e mesmo que o Estado negue, as instituições ainda hoje deixam transparecer sua função de controle social (SILVA, 1997, p. 18).

A instituição passa a massificar, generalizar condutas e deixar de lado as reivindicações do louco, de tal modo que são cortados os espaços já restritos com alegações que reafirmam a sua pouca importância no mundo. E o louco cala perante a organização institucional e suas regras estabelecidas, ou então reage de outros modos, tentando fugas, agressões e outros comportamentos que acabam reforçando sua condição de doente mental (PACHECO, 1999, p. 11).

O HCTP mantém em condições precárias, até 115 pacientes, excedendo sua capacidade de 93 leitos. [...] Além dos fatores acima citados, observa-se uma grande redução do quadro de profissionais devidamente capacitados ao atendimento de portadores de transtornos mentais e a precariedade das instalações físicas da Instituição (BONASSA, 2003, p. 31).

Alguns autores adentraram ainda mais na discussão e levantaram questão sobre a mudança de paradigma propiciada pela reforma psiquiátrica, apontando as características repressoras e desumanas da concepção de “doença mental” e das instituições asilares; e a nova concepção de tratamento em saúde mental, pautada na busca pela cidadania e no entendimento do ser humano e suas relações, como vemos a seguir.

[...] a grande maioria das psicoterapias não capta o homem em sua globalidade, em relação a sociedade. Isola o paciente em seus conflitos interiores, não relacionando estes conflitos com a realidade coletiva, social em que o indivíduo está inserido. Individualiza as contradições inerentes à sociedade, ao coletivo (KREPSKY, 1994, p. 19).

A tendência das reformas psiquiátricas em discussão, ou já em curso, em diversos países, é não somente transformação na assistência, mas também a

²¹ Segundo Goffman (1974, p.11, apud. Krepsky, 1994, p.50) as instituições totais são entendidas da seguinte forma: “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 1974, p.11)”.

busca de uma relação humana, mais democrática com aqueles diretamente ligados ao problema: as pessoas com sofrimento psíquico, estigmatizadas pela sociedade há séculos (KREPSKY, 1994, p. 25).

Mas para que se modifique concepções como a de que “lugar de louco é no hospício”, é necessário construir, cotidiana e incessantemente, uma nova sociedade, uma nova cultura (KREPSKY, 1994, p. 48).

Deste modo, percebia-se como a “ciência psiquiátrica”, tomava como foco de atenção o sintoma, e despreocupava-se do “resto”: o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, que são elementos que constituem precisamente o campo de inferência de tais sintomas (PACHECO, 1999, p. 15).

A loucura não é categoria epidemiológica ou clínica, é categoria antropológica e sociológica, capaz de dar conta daquilo que a sociedade não identificou como sua imagem idealizada (LORENCINI, 2002, p. 15).

A noção de reabilitação atribuída para o processo de desinstitucionalização caminha em busca da reconstrução das histórias de vida, no sentido de recuperar ou criar vínculos e condições materiais, sociais e emocionais, procurando romper com o mecanismo de reprodução das relações de dependência (BONASSA, 2003, p. 37).

Com todas as críticas feitas ao antigo modelo de atenção, com as instituições asilares, percebemos que permanecer na instituição “eternamente”, condena o indivíduo a ser um eterno doente, em outras palavras, estes hospitais retiram destes sujeitos, suas possibilidades de tratamento e cura.

Enquanto estagiários que, ao entrarem no campo de intervenção, mostram-se comprometidos com as demandas atendidas, alguns autores dos TCC's, trouxeram também críticas aos profissionais das respectivas instituições, como vemos nestas “falas”:

Diferente do que se possa supor, nem todos os profissionais que atuam no Hospital Colônia Santana discordam da maneira como se estabelece o tratamento dos pacientes. Em alguns observamos a falta de comprometimento com aqueles que deveriam ser a causa maior de seus trabalhos. Em outros, há um certo desconhecimento de linhas alternativas de enfrentamento da questão do sofrimento psíquico. Há, ainda, os que se mostram céticos diante de novas propostas (KREPSKY, 1994, p. 57).

Esse “movimento contra” demonstra que, no HCS, não há um projeto coletivo visando o bem-estar do paciente, a oferecer-lhes possibilidades de superar sua condição de “eterno” tutelado. Há funcionários que se encontram num estágio avançado de “cronificação” e se limitam a reproduzir, cotidianamente, a ordem institucional vigente (KREPSKY, 1994, p. 61).

Em outro TCC, no entanto, vemos um caminho a ser construído pelos profissionais

da saúde mental, sendo que estes devem atuar:

[...] por meio de uma prática educativa, na qual educar significa levar a pessoa a pensar por si própria (CARDOSO, 2004, p. 20).

[...] precisam reconhecer seu papel político, sua função educativa e exercitar a análise e a crítica da realidade, [...] (CARDOSO, 2004, p. 20).

Enquanto alguns trabalhos se mostraram mais propositivos frente às novas concepções de Saúde Mental, apontando formas de trabalhar esta mudança na família, na sociedade e nas próprias instituições de saúde mental, um deles mostrou certa resistência e descrença perante a nova proposta de atenção ao portador de transtornos mentais.

Estas diretrizes ainda não se concretizaram efetivamente em nossos Hospitais Psiquiátricos (MONKS, 1991, p. [...]).

Creemos que o hospital psiquiátrico não é a melhor solução para o Doente Psiquiátrico. Mas então o que fazer? Fechando os manicômios estamos tirando a única ajuda de alguns Enfermos (MONKS, 1991, p. [...]).

Devido aos grandes preconceitos arraigados da sociedade, o tratamento ambulatorial é incipiente (MONKS, 1991, p. [...]).

No decorrer do texto a autora faz algumas ressalvas de que a mudança é necessária. No entanto, acaba por reafirmar sua linha de pensamento mais pautada na concepção clássica de doença mental, ao dizer que:

A família é o campo de ação do Serviço Social dentro de um Hospital Psiquiátrico, pois a Doença Mental, propriamente dita, fica a cargo da medicina e não do Serviço Social, que não possui formação profissional específica acerca da Doença Mental (MONKS, 1991, p. [...]).

Diante desta colocação, levantamos algumas questões para a reflexão do leitor, considerando todo o trabalho desenvolvido até aqui, são estas: os direitos destes indivíduos, serão olhados pela medicina? Esta mesma medicina que os vê como sintomas e não como indivíduos em sua totalidade, com seus anseios e sofrimentos, enquanto seres humanos? E como será este acompanhamento com a família, que colocamos como fonte, potencial, geradora da doença mental? Onde fica a importância da equipe interdisciplinar²² e a função do

²² Segundo Vasconcelos (2002), a interdisciplinaridade pode ser definida como: “axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, definida no nível hierarquicamente superior, introduzindo a noção de finalidade, tendendo (mas não necessariamente) para a criação de campo de saber “autônomo”” (p. 46).

Serviço Social, nesta equipe?

Entendemos que a atribuição do Serviço Social na equipe interdisciplinar, consiste em ter um olhar específico, de acordo com os princípios da profissão, e, ao mesmo tempo, complementar, bem como os demais profissionais, a fim de que o tratamento dê conta, não só do indivíduo, mas também de suas relações com seu meio social e sua família.

A discussão sobre a importância do Estado, como responsável pela saúde mental, apareceu de forma mais significativa em um dos TCC's, como vemos:

É importante afirmar que o Governo tem tanta responsabilidade pela saúde mental como pela saúde física dos seus cidadãos (CARDOSO, 2004, p. 19).

Como gestor final de qualquer sistema de saúde, o Governo precisa assumir a responsabilidade de assegurar a elaboração e a implementação de políticas de Saúde Mental (CARDOSO, 2004, p. 19).

Por fim, apresentamos a colocação do TCC de 2005, que afirma que o Serviço Social ganha espaço na saúde mental,

[...] pela divulgação do “novo” conceito de Saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que enfocava aspectos biopsicossociais, determinando que outros profissionais (além dos profissionais da área médica) fossem requisitados para atuar no setor (BRAVO et al 2004, p. 28) (STEIN, 2006, p. 34).

Nesta colocação o autor traz uma noção mais ampliada da Saúde Mental, afirmando, em outras palavras, que esta deixa de ser uma área de atuação exclusiva da psiquiatria e da psicologia, abrindo novas possibilidades de entendimento e enfrentamento à doença mental, através das demais categorias profissionais.

A seguir apresentaremos as sugestões colocadas pelos autores dos TCC's, para o melhoramento das ações do Serviço Social na Saúde Mental.

3.7 Sugestões apresentadas pelos autores

Ao considerar os Trabalhos de Conclusão de Curso como uma das formas de produção de conhecimento, percebemos que as colocações finais dos autores são de grande importância para o avanço tanto da prática profissional, quanto das discussões teóricas que

fundamentam essa prática. Assim, apresentaremos neste tópico algumas das sugestões colocadas pelos autores dos trabalhos analisados.

A ampliação do trabalho com a família é uma sugestão apontada por grande parte dos trabalhos analisados. Alguns ressaltam a importância de entender as configurações familiares; outros apontam para a necessidade de que esta seja acompanhada durante a internação de seu membro e após a alta. No entanto, vemos que nos primeiros trabalhos, há uma preocupação com a família, no sentido de que esta aceite o portador de sofrimento psíquico; não é apontado ainda as responsabilidades do Estado, como vemos a seguir:

Convém, portanto, sempre que possível, o Serviço Social interpretar à família o seu importante papel na formação e desenvolvimento da personalidade, para que esta, estimulada, se conscientize e coopere na prevenção e na solução de problemas que se originaram de uma socialização inadequada (BEHR, 1977, p. 75).

[...] objetivando um trabalho dinâmico e integrado entre o hospital e a família, buscando com isso a participação assídua da mesma no tratamento do paciente (LIMA, 1980, p. 90)

Identificamos que aos poucos o olhar sobre a família vai sendo ampliado. Ela vai sendo inserida no processo de tratamento, não apenas como “observadora”, mas também como doente a ser tratada. Assim, é ressaltada a importância de um longo acompanhamento desta.

Sendo assim, será possível o acompanhamento, pela Assistente Social, do paciente e da própria família, objetivando diminuir o número de futuras reinternações (FAVA, 1982, p. 70).

os principais objetos de intervenção do assistente social, trabalhador inserido no campo de saúde mental na reabilitação psiquiátrica são: o paciente psiquiátrico a ser reabilitado e o seu meio vivencial, ou seja, sua família e comunidade (CARDOSO, 2000, p. 56)

A questão da interdisciplinaridade também aparece nas sugestões dos autores, como vemos nas “falas” que seguem:

[É importante que] As Entidades incentivem a formação de equipes interdisciplinares, a fim de possibilitar maior coesão entre os profissionais, proporcionando melhor qualidade ao trabalho realizado (MOREIRA, 1984, p. 91).

Reforçamos que não possa haver fronteiras nem domínios sobre os saberes, mas é necessário que estes não sejam mecanicamente importados de uma

categoria profissional para a outra (STEIN, 2006, p. 67).

A compreensão dos problemas do hospital 1 em seu conjunto, é de fundamental importância [...]. É necessário, portanto, que haja uma participação interprofissional, onde cada membro desta equipe conheça, compreenda e aceite os métodos, processos e técnicas dos demais colegas (BEHR, 1977, p. 75).

Alertamos que mesmo reconhecendo a necessidade de que haja respeito entre as categorias profissionais, não podemos esquecer que nossa prioridade é a demanda a ser atendida. Assim, quando as ações de algum profissional, forem contra os direitos dos indivíduos, não podemos apenas dizer que ele está em seu direito enquanto categoria profissional, pois nossa intervenção sempre deverá visar à garantia dos direitos dos usuários da instituição.

Alguns trabalhos chamaram a atenção sobre a importância do encaminhamento do acadêmico para o campo de estágio, assinalando que:

Ao Departamento de Serviço Social, [sugere] melhor conhecimento e avaliação dos campos de estágio, para ao encaminhar o acadêmico, levar em consideração as possibilidades e peculiaridades do mesmo (MOREIRA, 1984, p. 92).

As conclusões sobre o novo entendimento da saúde mental, foram as mais significativas, apontando o início de um processo de mudança de paradigma, a partir da década de 1990. Como vemos nas “falas” destacadas a seguir.

Entendemos que o resgate efetivo e amplo da cidadania de doentes mentais vai além dos muros do hospital psiquiátrico (KREPSKY, 1994, p. 73).

Diante dessa realidade, entendemos que seja necessário que os profissionais comprometidos com reais mudanças nas políticas de saúde, se engajem cada vez mais nos movimentos populares, na luta pela saúde, pelas mínimas condições de qualidade de vida e cidadania, [...] (BELEI, 1998, p. 80).

É necessário o desenvolvimento de iniciativas cotidianas nas áreas sociais, culturais e maiores investimentos na elaboração de políticas públicas para que haja uma mudança coletiva na relação como portador de transtorno mental (BONASSA, 2003, p. 80).

Um dos maiores desafios postos na contemporaneidade aos profissionais que atuam na saúde mental é elucidar de que forma o hospício participa da reprodução das relações sociais de classe. É compreender a demanda pela institucionalização psiquiátrica ou, em outros termos, dos obstáculos ao retorno do paciente ao convívio social, como expressão da questão social

(CARDOSO, 2004, p. 59).

No entanto, acreditamos ser salutar esta busca por outros saberes, esta ampliação dos conhecimentos no sentido de conhecer a sociologia (o que cada um entende por “social”) e a história criticadas outras área de conhecimentos que compõe a equipe. Pois esta aproximação, quando bem direcionada, proporciona uma conexão entre a intervenção e a totalidade das relações sócias que afetam o objeto desta intervenção (STEIN, 2006, p. 66).

Alguns autores afirmaram a importância do trabalho do Serviço Social na Saúde Mental, salientando algumas sugestões para intervenção profissional.

- Um dos grandes desafios do Serviço Social, na área da saúde mental é a busca, em conjunto com a população usuária dos serviços e com a comunidade em geral, de propostas concretas referentes a transformações na abordagem ao doente mental, que apesar de alguns avanços, tem muito a ser modificada, pois a cultura manicomial ainda está bastante presente em nossa sociedade (KREPSKY, 1994, p. 73).

Os profissionais ligados a saúde mental estão diante deste grande desafio, principalmente nós do Serviço Social, ou seja, trabalhar pela igualdade num mundo desigual (LORENCINI, 2002, p. 58).

[...] porém o foco deve ser os aspectos sociais, pois é neste ponto, principalmente, que se situa a atuação deste profissional (STEIN, 2006, p. 64).

[...] [é preciso que o profissional busque] se qualificar e ampliar seus conhecimentos, sem perder de vista o seu compromisso com o projeto ético-político da categoria [...] (STEIN, 2006, p. 66).

Estas sugestões, elaboradas a partir do referencial teórico fornecido pela academia e da experiência de intervenção na realidade encontrada nos campos de estágios, constituem-se dados importantes para a reflexão e atualização das práticas profissionais.

Considerações Finais

Ao realizar uma síntese sobre a história da loucura, percebemos o tratamento desumano e repressivo, ao qual os portadores de sofrimento psíquico eram submetidos. Vimos que no decorrer dos séculos, as formas de entender e tratar a doença mental foi sendo alterada, mas nem sempre de forma eficaz. De “loucos” e “desordeiros”, estes indivíduos passaram a ser vistos como “neuróticos” e “psicóticos”. Atualmente são vistos como seres humanos em sua totalidade e especificidade, considerando que estes são sujeitos de direitos, de opiniões e de vontades.

As mudanças assinaladas sobre a passagem da “doença mental” para a nova concepção de Saúde Mental, foram conquistadas através de muitas lutas, mas também, após muitas injustiças terem sido cometidas. As marcas desta história desumana são encontradas até hoje nas instituições psiquiátricas e na sociedade, onde o preconceito e a discriminação ainda prevalecem.

Vimos que o Serviço Social e a Saúde Mental, percorreram um longo caminho de lutas sociais para chegar no modelo de assistência pública atual. Estas lutas foram permeadas pelas ações da Igreja, do Estado e do setor privado da lógica capitalista. Estas influências estimularam um constante processo de reconceituação profissional, na busca por bases teórico-metodológicas mais condizentes com a realidade brasileira.

No resgate da trajetória de construção do Serviço Social enquanto profissão, encontramos períodos em que os assistente sociais eram meros reguladores da paz social, e períodos em que estes eram os próprios questionadores e “perturbadores” dessa paz. Atualmente vimos que é preciso ponderar as conseqüências de cada ação, pois estando estes profissionais também inseridos num mercado de trabalho, cuja lógica é a produção de bens materiais, estes se tornam vulneráveis, numa realidade onde o desemprego é também uma das expressões da questão social. É preciso que os Assistentes Sociais conheçam os sistemas políticos e econômicos que envolvem as relações de trabalho.

Observamos que a produção de conhecimento do Serviço Social é de extrema importância para propiciar a reflexão teórica, sobre as experiências de campo vivenciadas pelos profissionais, cada qual na comunidade em que se encontra inserido.

A produção de conhecimento requer instrumentos cientificamente reconhecidos, os quais são chamados de métodos de pesquisa. Estes métodos, apesar de apresentarem um

padrão de ações, nem sempre garantem uma descrição neutra da realidade observada, sendo necessário atentar para os possíveis pré-conceitos que possam prejudicar a cientificidade da pesquisa.

Com a pesquisa apresentada neste trabalho percebemos o acompanhamento dos acadêmicos do Serviço Social, nas lutas pela implantação de um novo modelo de atendimento ao portador de sofrimento mental e por uma visão mais humanizada destes serviços. No entanto, observamos que o Serviço Social ainda tem muito a fazer na Saúde Mental, pois este ainda é um campo de atuação a ser conquistado pelo Assistente Social.

As novas concepções e leis de Saúde Mental salientam cada vez mais a importância de um atendimento mais amplo, através de equipes interdisciplinares, onde há inserção do Assistente Social. Porém, é preciso que a pesquisa e a reflexão teórica estejam sempre presentes nas ações profissionais, a fim de evitar uma atuação pautada apenas nas concepções psicológicas e psiquiátricas, pois isto seria restringir novamente o olhar ao doente mental.

Com a pesquisa documental realizada, vimos também, que apesar dos avanços do entendimento do Serviço Social em relação à Saúde Mental, não foi encontrado um trabalho, do curso de Serviço Social da UFSC, a partir do campo de estágio nas instituições do novo modelo de atenção ao portador de sofrimento mental. É necessário que a academia atente para este dado, e busque formas de ampliar as possibilidades de atuação do Serviço Social e as opções de campo de estágio, proporcionando a esta categoria novas experiências, que levarão a novas produções de conhecimento.

Referências

ALESSI, Neiry Primo, OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):191-203, 2005.

AMARANTE, Paulo. **Uma Aventura no Manicômio: A trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro, I (1):61-77, jul.-out. 1994.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11 (3), jul/set 1995, p. 491-494.

BAPTISTA, Dulce Maria Tourinho. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. Seminário sobre Metodologias Qualitativas de Pesquisa. São Paulo, 1994.

BEHR, M. A. V. **Uma Experiência de Serviço Social no Campo Psiquiátrico**. 1977. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

BELEI, M. **Transtornos Mentais e o Serviço Social: a Cidadania como processo da conquista do direitos fundamentais**. 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina


BONASSA, G. D. **A Desospitalização e os Impasses da Reintegração Social: um estudo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex: Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**. Curitiba, PR, pg. 429, novembro de 2003.

 BULLA, Leonia Capaverde. **Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro**. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003.

CARDOSO, R. E. **Reabilitação Psicossocial: um processo que busca humanizar o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico e viabilizar a inclusão social.** 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

CARDOSO, R. G. **Unidade de Gestão Participativa – um espaço para a Reabilitação Psicossocial de Pacientes Portadores de Transtornos Mentais.** 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

 CARVALHO, Raul de, IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais.** In: *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

FAVA, R. C. **A Reintegração do Paciente Psiquiátrico ao Meio Familiar.** 1982. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

FLICKINGER, Hans-Georg. **Formação acadêmica e seu vínculo à práxis no Serviço Social.** *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 4, dez. 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1998.

KREPSKY, D. M. **Por uma Abordagem Alternativa do Doente Mental.** 1994. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

LIMA, J. C., SILVA, I. G. C. da. **A Situação Familiar na Dinâmica do Trabalho Psiquiátrico.** 1980. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

LORENCINI, D. **Grupos Terapêuticos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: uma forma de ressocialização.** 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

MARSIGLIA, Regina M. G. **O projeto de pesquisa em Serviço Social.** Capacitação em Serviço Social: módulo 5 - Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 2000.

MIOTO, Regina C. T. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate.** *Revista Serviço Social e Sociedade*. Ano XVIII, nº 55, pg. 114-130, novembro 1997.

MONKS, A. L. T. **O Serviço Social e o Paciente Psiquiátrico de Curta Permanência**. 1991. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

MOREIRA, B. **O Menor em uma Clínica Psico-social e a atuação do Serviço Social**. 1984. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

PACHECO, M. **A Ressocialização do Paciente Portador de Transtornos Mentais**. 1999. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

SETUBAL, Aglair Alencar. **Pesquisa no serviço social: utopia e realidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, S. C. da. **O Portador de Transtornos Mentais e Familiares – Dificuldades frente à Institucionalização**. 1997. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

39 STEIN, R. **Conhecendo o processo de Co-dependência nas famílias Adictas: uma reflexão sobre a atuação do Serviço Social nas equipes de Saúde Mental**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade de Santa Catarina

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

UCHÔA, Darcy de Mendonça. **Organização da Psiquiatria no Brasil**. São Paulo: Savier, 1981.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.